



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

보건학 석사 학위논문

사회 연결망이 헬스 리터러시에
미치는 영향

2013 년 12 월

서울대학교 보건대학원
보건학과 보건정책관리 전공
손 효 정

사회 연결망이 헬스 리터러시에 미치는 영향

지도 교수 유 명 순

이 논문을 보건학 석사 학위논문으로 제출함

2013년 12월

서울대학교 보건대학원

보건학과 보건정책관리전공

손 효 정

손효정의 보건학 석사 학위논문을 인준함

2013년 12월

위 원 장 _____ 조 병 희 _____ (인)

부위원장 _____ 유 승 현 _____ (인)

위 원 _____ 유 명 순 _____ (인)

초 록

연구 목적: 기존의 헬스 리터러시 선행요인 혹은 영향요인 연구에서 성, 연령, 인종 등 사회 구조적으로 결정되는 개인적 요인 혹은 정보제공의 요인에만 주목하여 진행된 데 반해, 본 연구는 정보 이용자가 일상생활에서 맺는 사회적 관계가 헬스 리터러시에 미치는 영향의 중요성을 인식하고 확인하고자 하였다. 헬스 리터러시를 기능적 헬스 리터러시와 비판적 헬스 리터러시로 나누고, 둘은 다른 차원이므로 영향요인이 각각 미치는 효과의 크기를 비교하였다.

연구 방법: 서울대학교 사회발전 연구소의 ‘사회의 질’ 조사자료를 이용하여, 한국 자료 611명에 대해 분석을 실시하였다. 기능적 헬스 리터러시는 TV 등의 방송매체를 포함하여 의료환경에서 의료제공자 및 복용 설명서 관련 정보 이해 능력을 측정하였다. 비판적 헬스 리터러시는 인터넷상의 건강정보를 판단하는 능력을 측정하였다. 독립변수인 사회 연결망 변수는 결사체 참여 및 그 종류, 가족/친구/이웃과의 접촉 빈도, 최근 활발히 이용되는 온라인 연결망 이용빈도로 측정하였다.

연구 결과: 연구 결과, 조사 대상자의 기능적 헬스 리터러시 평균은 $3.58(\pm 0.03)$, 비판적 헬스 리터러시 평균은 $3.32(\pm 0.04)$ 였다. 기존 국내 연구에서 선행요인으로 알려진 성, 연령, 소득은 유의한 선행요인이 아니었으며, 교육의 경우에도 기능적 헬스 리터러시에만 유의한 영향을 미쳤다. 개인적 요인이 헬스 리터러시를 결정짓는 핵심 요인은 아니라고 결론 내릴 수 있다.

사회 연결망 변수 중 이웃 접촉빈도, 공적 결사체 참여는 기능적, 비판적 헬스 리터러시에 모두 정적 영향을 미치는 것으로 확인되었다. 비판적 헬스 리터러시에는 추가적으로 가족 접촉 빈도와 온라인 연결망 이용 빈도가 정적 영향을 미쳤고, 친구 접촉빈도는 부적 영향을 미치는 것으로 나타났다. 기능적 헬스 리터러시와 비판적 헬스 리터러시에 영향을 미치는 같은 변수의 회귀 계수 값은 다르게 나타났다. 비판적 헬스 리터러시는 성,

연령, 교육, 소득과 같은 개인적 요인의 영향은 받지 않고, 사회 연결망에 의한 영향은 유의하게 나타났다.

고찰 및 결론: 사회 연결망의 종류에 따라 헬스 리터러시에 다르게 영향을 미치는 것은 관계의 유형에 따라 교환되는 자원의 속성이 다르기 때문으로 예상된다. 가족 관계는 강한 연결망으로 개인의 건강 사안에 대해 많은 공유가 일어나는 곳이다. 친구와는 건강에 직접적 관련이 있는 정보보다는 여가적인 정보 교류가 자주 일어날 것으로 예상되며, 동질성이 높은 사람들끼리 모여서 부정확한 정보에 대한 판단 없이 소통하게 될 우려가 있다. 이웃과 결사체의 경우, 대개 도구적 지지 혹은 정보적 지지를 얻고자 하는 이차적 목적을 전제하고 있으므로 관계를 유지한다는 것은 자원의 교류가 성립하고 있다는 것이다. 또한 의도와 목적을 가진 만남이므로 보다 활발한 정보 교류가 일어날 수 있다. 온라인 연결망을 가진 경우, 정보를 탐색하고 교환·생산하는 것은 상호작용이 빠르게 일어나며 보다 능동적인 과정을 거침으로써 비판적 헬스 리터러시가 향상될 수 있다.

사적 결사체 참여 집단에 비해 공적 결사체만 유의한 영향을 미치는 이유는 그 목적의 차이에 따른 것으로 여겨진다. 거시적 사회문제를 다루며 정책 영역에서 활동하는 공적 결사체의 경우 복잡한 정책영역에서의 활동을 통해 고도의 상황판단과 분석력을 배양할 수 있다(Bennett, 1975). 이는 판단 능력을 요하는 비판적 헬스 리터러시에 공적 결사체가 가장 큰 회귀계수를 가지는 것을 설득력 있게 설명할 수 있다.

개인적 요인은 사회적 요인을 추가한 회귀 모형에서 그 영향력이 약간 감소하는 것을 볼 수 있었다. 교육과 비 도시 거주 등으로 인한 헬스 리터러시 격차는 사회 연결망 등을 통해 완화할 수 있을 것으로 예상할 수 있다.

주요어 : 사회 연결망, 기능적 헬스 리터러시, 비판적 헬스 리터러시

학 번 : 2011-23849

목 차

사회 연결망이 헬스 리터러시에 미치는 영향	1
표 목차v	
그림 목차	vi
제 1 장 서 론	1
제 1 절 연구 배경	1
제 2 절 연구 목적	4
제 2 장 문헌 고찰	5
제 1 절 헬스 리터러시	5
1. 헬스 리터러시	5
2. 헬스 리터러시가 건강에 미치는 영향	5
3. 헬스 리터러시를 보는 관점	6
4. 헬스 리터러시 이해의 틀	8
제 2 절 헬스 리터러시 측정 도구	9
1. 직접적 헬스 리터러시 측정 도구	9
2. 간접적 헬스 리터러시 측정 도구	9
제 3 절 헬스 리터러시 영향요인 선행연구	11
1. 개인적 요인	11
2. 사회적 요인 : 사회 연결망	13
제 4 절 연구 모형과 가설	19
1. 연구모형	19
2. 연구 가설	20
제 3 장 연구 방법	21
제 1 절 연구 대상 및 자료	21
제 2 절 측정과 분석	22
1. 변수의 측정	22

2. 측정 도구의 신뢰도	27
3. 분석 방법	27
제 4 장 연구 결과	29
제 1 절 응답자의 일반적 특성	29
제 2 절 헬스 리터러시	33
제 3 절 집단 별 헬스 리터러시 차이	34
1. 통제변수	34
2. 독립변수 : 사회 연결망	38
제 4 절 상관 관계 분석 결과	40
제 5 절 위계적 다중회귀분석 결과	42
1. 가설 1 의 검정 결과	42
2. 가설 2 의 검정 결과	48
제 5 장 고 찰	51
1. 개인적 요인	51
2. 사회적 요인	53
제 6 장 결 론	58
참고문헌	63
Abstract	72

표 목차

표 1 헬스 리터러시 개인적 영향 요인 탐색 선행연구	12
표 2 사회 연결망이 헬스 리터러시에 미치는 영향 선행연구	17
표 3 헬스 리터러시 측정 도구 예시	22
표 4 변수의 구성과 측정	26
표 5 대상자의 일반적 특성	30
표 6 기능적, 비판적 헬스 리터러시 평균	33
표 7 기능적 헬스 리터러시 문항별 평균	33
표 8 교육수준별 헬스 리터러시 평균	34
표 9 건강수준 집단별 헬스 리터러시 평균	37
표 10 자기효능감 집단별 헬스 리터러시 평균	38
표 11 결사체 집단별 비판적 헬스 리터러시 차이	39
표 12 변수간 상관관계 분석	41
표 13 기능적 헬스 리터러시의 회귀분석 결과	43
표 14 비판적 헬스 리터러시의 회귀분석 결과	46
표 15 기능적, 비판적 헬스 리터러시의 회귀분석 결과 비교	49
표 16 가설 검정 결과	50
표 17 친구접촉 빈도별 헬스 리터러시 평균	54
표 18 공적결사체와 사적 결사체의 속성	57

그림 목차

그림 1 헬스 리터러시 이해 틀	8
그림 2 연구 모형	19
그림 3 결사체 유형별 참여율	32
그림 4 교육 수준별 인터넷 정보 판단 정도	35
그림 5 교육 수준별 언론매체 보도 내용 이해 정도	36
그림 6 교육 수준 별 의사 설명 이해 정도	36
그림 7 교육 수준별 복용 설명서 이해 정도	37

제 1 장 서 론

제 1 절 연구 배경

현대사회는 정보가 자본이며, 컴퓨터와 통신으로 이어진 연결망을 통해 정보가 빠르게 교환되는 정보 사회이다. 갈수록 지식과 기술의 수명이 짧아져서 특수한 지식을 보유하는 것보다는 기초적인 이해 능력과 이를 잘 활용하는 능력이 요구된다(이희수, 박현정, & 이세정, 2003). 따라서 일상 생활에서 정보를 이해하는 능력인 리터러시(문해력)가 더 중요해졌다.

건강 정보는 도처에서 쏟아지고 있으며(유명순 & 주영기, 2012), 보건 의료체계는 복잡해졌다. 스스로 건강을 관리해야 하고, 선택의 많은 부분이 개인에게 전가되어 개인은 과거보다 더 많은 책임을 지게 되었다. 사회와 보건 의료환경의 변화에 따라 헬스 리터러시의 중요성이 부각되고 국내외에서 많은 연구가 이루어지고 있다.

헬스 리터러시는 의료인들과 대화하는데 필요하고, 건강 관련 의사결정을 잘 하기 위해서 건강정보를 읽고 이해하고, 나아가 건강과 환경에 관한 사안에 대해서 투표하는데 필요하다(IOM, 2004). 헬스 리터러시를 높임으로써 개인의 신체적, 정신적 건강 상태를 향상시킬 수 있다.

개인의 헬스 리터러시 수준에 격차가 존재하는 것은 건강의 형평성의 관점에서도 중요하다. 첫째, 정보 격차 존재하는 것 자체로 그 사회는 불평등한 사회이기 때문이다. 개인이 중요한 건강 정보를 이해하도록 보장하는 것은 공공보건 기관, 조직, 전문가들이 윤리적으로 마땅히 해야 하는 중요한 일이다. 특히 정부가 제공하는 건강 정보는 모든 일반인이 혼자서도 쉽게 이해할 수 있어야 한다(Gazmararian, Curran, Parker, Bernhardt, & DeBuono, 2005).

둘째로는 헬스 리터러시의 격차는 건강 불평등을 유발하고 이는 연쇄적으로 사회경제적 불평등을 발생시키기 때문이다(Volandes & Paasche-Orlow, 2007). 정보 접근성에 따라 새로운 사회적 불평등이 발생할 수 있다(안정임, 2006). 건강정보에 쉽게 접근할 수 있는 사람들은 풍부한 정보

로 인해 양질의 보건의료서비스에 대한 정보와 이용할 기회를 얻을 수 있다. 그러나 접근이 어려운 사람은 상대적으로 불리할 수 있다.

보건의료 정보는 대표적인 정보의 접근과 이용에 있어서 제공자와 이용자 간에 불균형을 이루고 있는 영역이다(조병희, 2006). 국민들의 건강정보에 대한 접근성이 높아졌다고 해도 건강 정보 이용자의 정보 이용 능력에 따라 보유하는 정보의 종류, 질, 양이 다르고 활용 방식, 결과로서 건강 상태에 차이가 난다.

정확하지 못하고 다양한 출처의 정보가 범람하는 환경 속에서 개인이 정보를 선택하여 올바르게 이해하고 자신에게 적절한 정보인지 판단하는 헬스 리터러시가 부족하다면, 정보를 찾는 데 오래 걸리고, 과다한 보건의료서비스 이용 및 의료기기 구입 등으로 사회적 비용이 증가할 것이다. 또한 이러한 건강상 문제와 비용이 사회 경제적 지위가 낮아 헬스 리터러시가 낮은 개인에게 부담으로 작용한다면 형평성의 측면에서도 바람직하지 못하다. 따라서 헬스 리터러시를 향상시켜 건강 격차를 줄이려는 노력이 필요하다.

한국의 경우, 건강에 관해서 TV, 신문, 인터넷, 공적, 사적 모임과 같이 다양한 경로를 통해 많은 정보가 교환되고 있지만(이영태, 윤태영, & 김상현, 2012), 그 양과 질의 적정성에 대해서 문제가 제기되고 있다. 제공된 정보의 신뢰성 및 정보의 질과 양이 외국의 웹 사이트와 비교할 때, 모두 취약하였다(박재현 등, 2004).

국내 보건의료영역에서 제공되는 각종 자료의 독이성을 평가한 결과 긴 문장과 잦은 전문 의학용어 사용으로 일반인이 이해하는데 어려움을 느끼며, 인터넷 상의 웹 사이트에서는 인쇄물보다 더 어려운 어휘가 사용되고 있었다(이태화, 강수진, 김혜현, 우소라, & 김신혜, 2011).

한국의 건강 정보가 무분별하고 어렵게 제공되고 있는 상황에서 헬스 리터러시 능력이 더욱 필요하다. 그러나 2001년, 한국교육개발원이 1995년의 국제 성인 문해 조사(IALS)를 번안하여 전국적으로 실시한 리터러시 조사 결과, 일반의약품의 복용안내문을 이해하지 못하는 사람이 37.6%로 보고되었다(한국교육개발원, 2001a). 2008년에 조사된 한국 성인의 문해력 조사 결과를 살펴보면 31.7%가 복약 설명서의 내용을 제대로 이해하지

못하고 있었다. 국내 한 연구에 따르면 60세 이상 노인 중 연구 대상자의 42.8%가 낮은 헬스 리터러시 수준을 보이고 있었다(이태화 & 강수진, 2008).

우리나라 고등학교 이수율은 80%, 고등 교육 이수율은 39%로 OECD 평균보다 높은데도(교육과학기술부, 2011, 이영태 et al., 2012 재인용) 한국의 헬스 리터러시는 낮은 편이다. 이는 단순히 교육에 헬스 리터러시가 비례하는 것이 아니며, 정규 교육 과정 및 평생 학습 등의 교육 영역을 넘어서 다른 영역에서 중재 지점을 찾고 정책을 실현할 필요가 있다.

국내 헬스 리터러시 영향요인 연구는 헬스 리터러시의 영향요인으로써 개인적 요인에만 초점을 두고, 성별, 연령, 교육 수준, 소득 수준, 직업 등이 비교적 일관되게 유의한 영향 요인이라는 결과를 제시한다. 헬스 리터러시를 높이기 위해 이러한 요인에 중재를 시행하기는 어렵다. 개인의 타고난 성, 연령, 인지 능력이나 이미 완수한 교육과정, 사회 체계의 많은 영향을 받는 소득을 변화시키는 방법으로 개인의 헬스 리터러시를 높일 수는 없기 때문이다.

헬스 리터러시는 사회 자본과 중첩되는 부분이 많이 있으며, 사회 연결망과 같이 관계로 인해 파생될 수 있다는 측면에도 주목해야 한다(Kickbusch, 2001). 일상생활에서 사람들이 만나면서 대화를 주고 받고, 그 속에서 정보를 처리하는 능력을 기르고, 정보를 얻는다. 이 과정이 효과적으로 잘 이루어지는 관계를 많이 가지고 있는 사람이라면 상대적으로 원활하게 헬스 리터러시 능력을 높일 수 있을 것이다.

헬스 리터러시의 측정에 있어서 우리나라는 적절한 도구를 활용 및 개발하는 초기 단계에 있다. 최근 Newest Vital Sign(NVS)(김정은, 2011)나 Chew의 자가 평가 도구(강수진, 이태화, 김광숙, & 이주희, 2012)와 같이 점차 다양한 도구를 활용하고 있지만 대부분의 연구에서 미국의 단어 인지 능력 검사 REALM(김성수, 2011; 이상엽, 2005)이나 S-TOFHLA를 번역하고 수정하여 개발(김수현 & 이은주, 2008; 박지연 & 전경자, 2011; 이선아 & 박명화, 2010; 이태화 & 강수진, 2008)하는데 그치고 있다. 이들 도구는 직접적 측정방식인 미국의 측정 도구로, 기능적 헬스 리터러시만 측정한다는 점, 대부분 의료환경에서만 쓰이는 문서들을 활용하여 좁은

범위의 헬스 리터러시를 측정하였다는 점, 한국의 건강 관련 문화와 달라 잘못 측정될 수 있다는 점에서 한계가 있다.

제 2 절 연구 목적

이에 본 연구에서는 헬스 리터러시에 영향을 주는 잠재적 요인으로 사회적 요인인 사회 연결망을 헬스 헬스 리터러시에 영향을 미치는 주요한 영향변수로 상정하고, 개인수준에서의 사회 연결망 측정을 통해 주관적 헬스 리터러시에 영향을 미치는 사회 연결망의 영향력을 탐색적으로 살펴보고자 한다. 또한 헬스 리터러시의 측정에 있어서는 간접적 방식인 자가 평가적 도구를 활용하여 의료환경이 아닌 일상 생활에서의 건강정보 이해도를 측정하고, 나아가 비판적으로 정보를 판단하는지를 측정하고자 한다.

제 2 장 문헌 고찰

제 1 절 헬스 리터러시

1. 헬스 리터러시

건강해진다는 것은 개인의 건강과 그 결정요인에 대해 사람들이 통제력을 가지게 되는 과정이다. 헬스 리터러시를 그 과정에 꼭 필요한 개인의 역량을 강화(empowerment)시키는 자산으로(Kickbusch, 2001) 여기는 것은 Freirean의 성인학습 모형에서 집단적 발달 관점이다(Kickbusch, 2001).

Nutbeam을 포함한 학자들은 단순히 읽고 쓰는 능력인 기능적 헬스 리터러시와 고차원적인 인지능력을 요하는 상호적, 비판적 헬스 리터러시로 나누었다. 기능적 헬스 리터러시는 가장 좁은 의미로 보건의료 환경 내에서의 독해력과 연산력을 의미한다. 이후 헬스 리터러시를 보건의료 영역 및 일상생활에서 사회적 건강결정요인에 대한 자기 통제권을 강화할 수 있는 보건 교육 등의 결과물로서 사회적 자산으로 보는 것으로 발전한 관점을 내포하는 것이 상호적, 비판적 헬스 리터러시이다(Nutbeam, 2008). 이들의 개념에 관해서는 이후 변수 측정에서 언급하기로 한다. 상위 단계의 헬스 리터러시로 진행되는 데는 인지적 능력 뿐만 아니라 개인적 능력, 사회적 능력, 자기 효능감과 같은 변수들에 의해 매개되기도 한다(Nutbeam, 2000).

2. 헬스 리터러시가 건강에 미치는 영향

현재까지 헬스 리터러시가 개인의 건강관련 행동과 그 결과로서의 건강 수준, 수반되는 사회적 비용에 영향을 미친다는 많은 국내외 연구결과가 알려져 있다.

선행 연구에 따르면 낮은 헬스 리터러시는 환자와 보건의료서비스 제공자간의 원활하지 못한 의사소통과 연관성을 가지며, 입원율의 증가, 압과 같은 질병의 조기 진단율의 감소, 유병률과 사망률의 급격한 증가와 같은

낮은 건강 수준과도 관련이 있다(Baker et al., 2004; Baker et al., 1998; Lindau et al., 2001; Rudd et al., 1999; Williams et al., 2002).

헬스 리터러시가 낮을수록 약 복용량에 대한 해석을 잘못할 가능성이 고 (Yin et al., 2010; Williams et al., 1998), BMI(Body Mass Index) 수치가 높으며(Sharif & Blank, 2010), 정신 건강이 좋지 않거나(Wolf et al., 2010), 당뇨와 같은 만성질환 관리가 잘 되지 않았다(Schillinger et al., 2002).

3. 헬스 리터러시를 보는 관점

헬스 리터러시의 몇 가지 측면에서 각기 다른 관점이 존재한다. 이를 살펴보고 본 연구의 관점을 정리하고자 한다.

개인적 혹은 집합적 수준

헬스 리터러시는 일반적으로 개인 수준의 구성 개념으로 여겨진다. 헬스 리터러시를 집단적 차원에서 고려해야 한다고 주장하는 학자들도 있다. 그러나 이는 개인의 헬스 리터러시의 함에 지나지 않는다고 여겨지며, 헬스 리터러시라는 것이 개인의 인지 능력에 기초한 개념이므로 개인의 능력으로 보는 것이 타당하다고 생각한다. 또한 지금까지 모든 헬스 리터러시 연구에서 개인 수준에서 측정하였다. 따라서 본 연구에서도 종속변수인 헬스 리터러시를 개인을 분석 단위로 삼고자 한다.

유동적 혹은 고정적 능력

헬스 리터러시 관련 인지능력 중 일반상식과 어휘력과 같은 결정성 지능에 속하는 영역은 연령의 증가에도 비교적 안정적인 반면(고정적), 수행속도와 작업기억(working memory)과 같은 유동성 지능은 연령이 증가함에 따라 감소하는 경향을 보여준다(Horn and Hofter, 1992; 박종한, 2005에서 재인용).

헬스 리터러시가 유아기에 한번 형성되면 바뀌지 않는 고정적 능력인지 살면서 변화하는 유동적 능력인지에 관해서 연구 결과는 상반된 결과를 제시한다. Baker 등은 헬스 리터러시는 시간이 지나도 상대적으로 잘 변하지

않는다고 하였다(Baker et al., 2000). 그러나 Zarcadoolas(2005) 등은 헬스 리터러시는 단기적으로 쉽게 변화시킬 수는 없지만 공식적인 교육 과정과 적절한 연결망을 통해 장기적으로는 변화 가능한 것으로 여기고 있다(Zarcadoolas, 2005; 강수진 et al., 2012). 보는 시각에 따라 미묘하게 다른 해석이 가능한 현 상황에서 헬스 리터러시의 정의는 연구자의 목적에 따라 설정하는 것이 적절하다.

본 연구에서는 헬스 리터러시가 유동적 측면, 즉 환경의 변화에 따라 변화 가능하다는 것을 전제로 하고, Zarcadoolas의 정의를 채택하였다.

“숙지하여 선택하고, 건강 위험을 줄이고, 삶의 질을 높이기 위해 건강 정보와 개념을 찾고, 이해하고, 평가하고 사용하기 위해 사람들이 발달시키는 넓은 범위의 기술과 능력”

헬스 리터러시 측정 도구에 따라 헬스 리터러시의 다른 인지적 측면을 평가한다는 사실을 짚고 넘어가자.

의학용어 인지와 발음을 검사하는 어휘력 위주의 REALM의 경우 연령 증가에도 비교적 유지되는 결정성 지능으로 헬스 리터러시의 고정적 측면을 측정한다고 할 수 있다. TOFHLA, NVS 등은 유동적 측면도 측정하며, 나아가 주관적으로 자신의 헬스 리터러시를 평가하는 측정 방식은 자신의 상황을 객관적으로 인식하고 전체 환경 내에서 비교해야 하므로 더욱 고차원적인 지능을 요할 것으로 예상되고 고정적인 것과 유동적 인지 능력을 모두 측정하는 것으로 추론할 수 있다. 따라서 경험을 통해 변화된 헬스 리터러시를 측정하기 위해서는 주관적 측정 방식이 더 적절하다고 생각한다.

개인적 속성 혹은 사회적으로 형성되는 속성

리터러시는 단순히 글을 읽고 쓸 줄 아는 차원이 아니라 “사회적 활동을 통해 발달되고 형성되는 능력”으로 사회적으로 조직된 활동에 대한 참여과정에서만 습득(Scribner & Cole, 1981(Knobel, Michele, Lankshear, & Colin, 2008)되는 것으로 합의되고 있다. 리터러시에 바탕을 두는 헬스

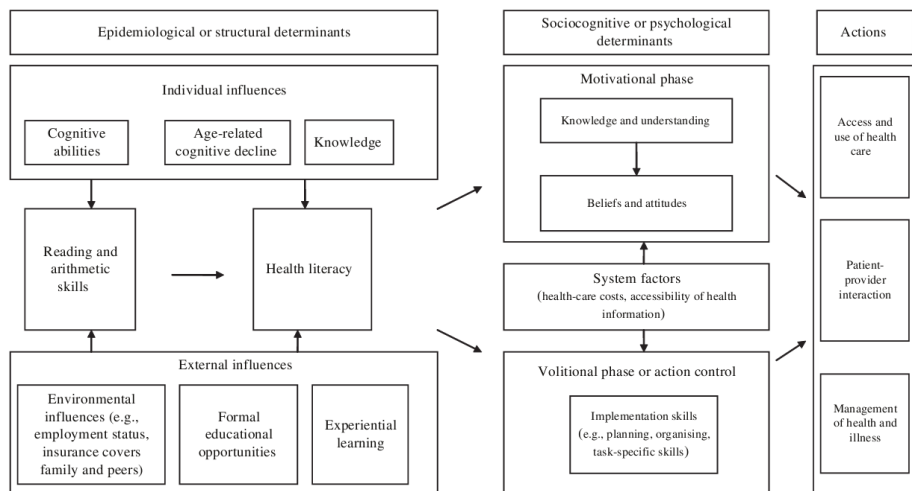
리터러시 역시 사회환경에서의 교육이나 문자의 접촉, 타인과의 의사소통 등의 사회적 관계에 의해 형성되는 것이다.

4. 헬스 리터러시 이해의 틀

위 내용을 종합하여 가장 헬스 리터러시를 잘 설명하는 틀은 <그림 1>과 같다(Wagner et al., 2009). 틀에 따르면 헬스 리터러시는 개인적 요인과 사회적 요인(고용상태, 보험 상태, 공식적인 교육 수준, 경험적 학습)에 의해 형성된다. 이는 지식 보유량과 지식에 대한 이해, 신념, 태도 등에 영향을 주며, 실질적으로 의사결정 과정에서의 통제력에 영향을 주어, 보건의료영역에 대한 접근과 이용, 제공자와의 소통, 건강과 질병의 관리에 영향을 미친다.

비슷한 틀로는 가장 최근의 연구로 Joanne 등은 그룹 인터뷰와 개념화를 통해 헬스 리터러시에 영향을 미치는 개인적 개인의 외부에 있는 사회적 요인으로 나누고, 사회적 요인으로는 보건의료환경, 생활습관, 사회적 지지, 사회 경제적 요인, 공동체의 자원으로 분류한 것이 있다(Jordan et al., 2013).

그림 1 헬스 리터러시 이해 틀



제 2 절 헬스 리터러시 측정 도구

1. 직접적 헬스 리터러시 측정 도구

기존에 쓰인 측정 도구는 대부분 기능적 헬스 리터러시를 측정하는 것으로 가장 빈번하게 이용되는 두 가지 평가는 Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine(REALM; Davis et al., 1993)과 the Test of Functional Health Literacy in Adults(TOFHLA; Parker et al., 1995)가 있다. REALM은 66개의 일반적인 의학용어 중 제대로 발음하는 개수만큼 점수가 매겨진다. TOFHLA는 17개의 연산력 측정문항과 50개의 독해력 측정문항으로 구성되어있다. 도구는 개발 당시 일반적으로 의료 환경에서 사용되는 문서에서 발췌하여 설계되었다.

2. 간접적 헬스 리터러시 측정 도구

Chew의 간접적 측정 도구는 ‘개인이 보건의료제공자와의 의사소통에서 어려움이 있는지, 서식작성의 어려움이 있는지, 타인의 도움을 얼마나 자주 필요로 하는지’로, TOFHLA, REALM과의 타당도를 입증한 바 있다(Chew et al., 2008). 직접적으로 헬스 리터러시를 측정하는 방식에 비해 간접적 측정방식인 자가 보고형의 장점은 다음과 같다.

첫째, 직접적으로 측정 방식(TOFHLA, REALM, NVS)은 실제 조사 시 특히 불충분한 헬스 리터러시를 가진 사람들이 수치심을 느끼게 할 수 있는데 비해 간접적 방식은 덜 부끄러워할 수 있다. 둘째, 간접적 방식은 좋은 시야, 쓰기 능력, 문제 풀 때 집중력이 없어도 자신의 헬스 리터러시를 평가할 수 있다. 셋째, 직접 측정방식은 의료환경에 있는 의학용어나 글을 사용한다. 이 때, 사용된 용어나 글의 수준이 측정된 헬스 리터러시 수준에 영향을 미친다. 즉, 다른 형태의 문서를 사용하면 다른 측정결과를 양산할 수 있다. 반면 간접적 측정 방식으로 응답자의 이해도를 묻는 경우, 특정 의학적 문서나 상황과 관계없는 개인의 능력을 물어봄으로써 일관된 헬스 리터러시를 측정할 수 있다(Sayah et al., 2013).

헬스 리터러시 측정 도구 역시 주관적 건강상태 측정 도구와 같이, 기능

적 능력을 넘어 의료 환경에서 공급자와 이용자 간의 구두의사소통 능력, 정보를 비판적으로 수용하는 판단력과 개인이 활용가능 한 잠재적 자원, 사회적 지지의 총합(Quesnel-Vallée, 2007)과 같이 확장된 헬스 리터러시 개념을 측정할 수 있다고 여겨진다.

이러한 점들로 미루어 주관적 헬스 리터러시를 묻는 간접 측정 방식이 보다 윤리적이고 포괄적이며 정확한 도구일 수 있다. 이에 본 연구는 Chew의 도구와 같이 자가 평가적으로 헬스 리터러시를 측정하고자 한다.

제 3 절 헬스 리터러시 영향요인 선행연구

1. 개인적 요인

일반적으로 헬스 리터러시 영향요인으로 알려진 것은 개인적인 요인과 사회적인 요인, 정보 공급 측면의 요인으로 나눌 수 있다. 개인적 요인은 성, 연령, 인종, 교육수준, 소득 수준, 주관적 건강상태, 질환 이환 여부(IOM, 2004) 등이다. 정보 공급의 요인은 보건의료조직에서 제공하는 문서의 형태와 관련된 요인을 의미한다.

국내 인구의 약 삼분의 일이 가장 기초적인 헬스 리터러시 수준을 보유하지 못하고 있다고 할 수 있는데, 그 원인은 무엇일까?

국내 연구들을 종합해보면, 헬스 리터러시의 잠재적 영향요인으로는 <표 1>에서와 같이 성별, 연령, 교육 수준, 소득 수준, 직업 등이 비교적 일관되게 유의한 영향 요인으로 나타났다. 그러나 조사 대상이 특정 질병을 가진 환자군(고혈압, 당뇨병, 구강건강, 정신건강)이나 사회취약계층(노인, 이민자)에 국한되었다는 점에서 결과를 일반화하기는 어렵다. 또한 건강에 영향을 주는 사회적 요인으로 사회자본이나 인권과 같은 사회체계의 특성들이 요인으로 밝혀진 현 상황에서, 기존 연구는 이러한 관계에서 파생되는 효과를 고려하지 않았다는 한계가 있다.

기존의 영향요인으로 밝혀진 성, 연령, 교육, 소득에 대해 헬스 리터러시를 높이기 위해 중재를 시행하기는 어렵다. 개인의 타고난 성, 연령, 인지능력이나 이미 완수한 교육과정, 사회 체계의 많은 영향을 받는 소득을 변화시킬 수는 없기 때문이다. 또한, 가장 설명력이 높은 예측변수인 교육 수준을 높이는 중재 방안도 효과를 거두기는 어려울 것으로 예상된다. 우리나라 고등학교 이수율은 80%, 고등 교육 이수율은 39%로 OECD 평균보다 높은데도(교육과학기술부, 2011, 이영태 et al., 2012 재인용) 한국의 헬스 리터러시는 낮은 편이기 때문이다.

이러한 측면에서, 대부분의 국가에서는 보건의료조직이 제공하는 문서 형태를 이해하기 쉬운 형태로 바꾸는 개입을 하고 있다. 다소 성공을 거두고는 있지만, 개인은 역량은 그대로 두고 조직만 변한다는 점에서 개인을

다소 무능력하고 수동적인 상태로 둔다는 문제점이 있다. 헬스 리터러시 역시 개인의 역량을 강화시키는 자산인데, 이 중재 방식은 개인은 다른 보건의료조직이나 사회 환경에서 제공되는 형태의 문서에 대한 이해 및 판단 능력은 그대로이며, 일상생활에서 건강해지기 위해 정보를 처리하는 능력은 그대로 유지하게 만든다는 한계가 있다.

표 1 헬스 리터러시 개인적 영향 요인 탐색 선행연구

저자	년도	대상 자	대상 지역	N	연구도구	관련 요인
김성수, 김상현, 이상엽	2005		부산	117	REALM	성별, 교육 수준별 집단 간 헬스 리터러시 평균에 유의한 차이가 있음.
김수현, 이은주	2008	노인	대구, 경북, 부산	103	TOFHLA 수정	연령, 교육수준, 결혼 상태, 월 소득
이태화, 강수진	2008	노인	서울, 경기지역	411	TOFHLA 수정	연령, 교육 수준, 동거 유형, 월 소득
이태화, 강수진	2012	중년	서울	315	TOFHLA 수정 및 Chew 도구	교육 수준, 연령, 월 소득에서 집단 간 유의한 차이.
이선아 박명화	2010	노인	경상북도 농촌 지역	103	TOFHLA 수정	약물지식과 유의한 정적 상관관계.
박지연, 전경자	2011	노인	충북 농촌 지역		TOFHLA 수정	성별, 연령, 기초 리터러시, 보유질환 수, 주관적 건강상태,

2. 사회적 요인 : 사회 연결망

헬스 리터러시에 영향을 미치리라고 예상되는 요인 중 사회적 요인은 다른 사람들과의 관계에 관한 관계성 변수(relational variables)이다(김언아, 2001). 헬스 리터러시 역시 사회환경에서의 교육이나 문자의 접촉, 정보에 대해 노출 되고 타인과의 의사소통을 하는 사회적 관계에 의해 형성된다.

사회 연결망의 개념

건강에 영향을 미치는 논의가 개인의 위험 요인, 위생 등을 넘어 사회 구조 측면과 사회 자본과 같은 영역으로 확장되면서 사회 연결망 역시 눈부신 주목을 받은 건강의 영향 요인이다. 사회 연결망 연구는 사회자본의 구성요소로써 또, 개인과 조직의 무수한 연결로써 사회 연결망 분석 크게 두 가지 흐름이 있다. ‘연결망’, ‘참여’, ‘결사체’는 개념적으로 중첩되며, 이 중에서 사회적 관계에 배태된 것으로서 상호작용의 구조화를 가장 잘 나타낼 수 있는 단어는 가치중립적인 ‘연결망’으로 볼 수 있다.

본 연구에서는 사회 연결망을 “연결망이 기회에 대한 접근성 및 행동을 결정하는 자원, 특히 건강 정보가 공유되는 기능을 하는 장으로써 사람 사이의 연결된 상태”로 규정하고자 한다.

사회 연결망과 헬스 리터러시

개인이 여러 종류의 자원을 교환하는 장이 바로 사회 연결망이다(박경숙, 2000). Coleman(1988)은 사회 자본이 사회적 관계를 통해 정보에 대한 잠재적 접근성을 높여 정보획득과 관련된 거래비용을 줄인다고 하였다. 정보는 행동을 위한 토대이지만, 정보를 얻으려면 비용이 든다. 사회 연결망은 필요할 때 즉각적으로 활용할 수 있는 정보원으로 기능한다. 연결망 안에서 개인이 가지는 연결은 다른 구성원들과의 연결을 위한 직접, 간접적 매개가 되고, 이러한 연결의 끈을 따라서 정보와 권력과 같이 희소성이 있는 자원과 정서가 오간다(Wellman, 1982). 결사체 참여를 많이 할 수록 정보를 얻을 가능성이 많다고 본다(장수찬, 2002).

사회 연결망은 건강 정보 획득을 용이하게 하여, 행동을 개선하고 서비스 이용에 대한 접근성을 높여 건강에 긍정적 영향을 미친다. 연결망은 정

보가 공유되는 장일 뿐만 아니라, 인지 능력을 높이고, 사람들의 건강 정보에 대한 욕구를 고취시키는 기능을 할 수 있다(L. F. Berkman & Kawachi, 2000).

그렇다면 타인과의 관계를 맺고 사회 활동에 참여하는 것은 어떻게 헬스 리터러시에 영향을 줄 것인지 그 기전에 대해 알아보자. 사회 연결망은 정보 접근성을 높여 자주 건강 정보에 노출되게 하고, 타인과의 관계에서 발생하는 애착, 정서적 지지로 인해 인지 능력을 유지하게 되므로 기능적 및 비판적 헬스 리터러시를 높일 것이다. 또한 의사소통 및 목적을 달성하기 위한 행위의 과정에서 비판적 헬스 리터러시에 정적 영향을 미칠 것으로 추론해볼 수 있다.

첫 번째로, 사회 연결망을 통해 정보 접근성이 높아진다. Rogers(1983)는 사회 연결망이 건강정보의 더욱 빠른 확산을 촉진하여 건강을 증진하는 역할을 한다는 이론을 제시하였다(Rogers & Shoemaker, 1983). Berkman과 Kawachi도 사회 연결망을 통해 건강정보가 보다 원활하게 전달될 수 있다고 주장하였다(L. F. Berkman & Kawachi, 2000). 실증 연구로는 자발적 결사체의 가입이 건강 정보 소통 통로가 된다는 결과와(Stephens et al., 2004; Viswanath et al., 2006), 사회 연결망이 풍부할수록 정보 교환이 활발히 일어난다는 결과를 제시하였다(Tsai & Ghoshal, 1998). Keating은 개인이 혼자 학습하는 것보다 협동적인 연결망 안에서 학습이 더 효과적으로 일어난다고 하였다(Keating & Hertzman, 1999). 조직 연구에서도 타인과의 대화 빈도가 높고 친밀할수록 망과 조직 내 성원간 공유되는 정보의 양^①에 유의하게 정적 영향을 미친다는 연구 결과들이 제시되고 있다(Chiu, Hsu, & Wang, 2006; 김정재 & 정범구, 2008).

예를 들어, 우리나라에서는 2005년 황우석 사태에서 일반 국민들이 복제배아, 줄기세포, 테라토마 등에 관해 수많은 언론보도로부터 설명을 듣고 사적 모임 등에서 해박한 지식을 가지고 토론할 수 있었다(정광호, 2008).

두 번째, 사회 연결망이 풍부하고 사회활동에 많이 참여할수록 덜 우울하게 되고, 스트레스의 부정적 효과를 감소시켜 인지능력 감퇴의 위험이

^① 정보의 질에는 통계적으로 유의한 영향을 미치지 않았다.

낮아진다고 한다. 또한 사회 활동은 지속적인 자극을 주어 인지 능력 유지하게 한다(Bassuk, Glass, & Berkman, 1999; Fratiglioni, Wang, Ericsson, Maytan, & Winblad, 2000; Verghese et al., 2003; Zunzunegui, Alvarado, Del Ser, & Otero, 2003).

대만의 노인 4600여명을 대상으로 4년간 진행된 전향적 연구에서도 사회활동 참여 개수가 높을수록 유의하게 인지 능력이 유지되었다(Glei et al., 2005). 사회 참여가 사회적 지지와는 독립적으로 노인의 인지기능 유지와 사망률 감소에 영향을 준다는 추적 연구(Bassuk et al., 1999)가 있고, 중·고령자의 사회활동 참여가 인지기능에 긍정적인 영향(황종남, 권순만, 2009)을 미쳤다.

헬스 리터러시는 인지 기능에 기초한 개념이므로, 위 연구결과들은 사회 연결망에 참여하는 것이 헬스 리터러시 향상에 정적 영향을 미칠 것이라고 예측할 수 있다.

선행연구에 의하면 시민활동을 할 경우 정치나 정책의 복잡한 내용을 접할 기회가 많아지고, 경험이 쌓여 고도의 상황판단과 분석력을 높일 수 있다고 한다(Bennett, 1975).

선행 연구들의 이론과 연구 결과들을 바탕으로 가설 1을 도출하였다.

[가설 1. 인구학적, 사회경제적 지위 변수를 통제한 후에도 개인이 보유한 사회 연결망의 수준이 높을수록 기능적, 비판적 헬스 리터러시가 높을 것이다.]

사회 연결망의 측정

사회 연결망의 분석단위를 개인으로 할 것인지 집단 수준으로 할 것인지에 대해서는 여전히 논란이 있다. 본 연구의 목적인 사회 연결망이 개인의 능력으로 나타나는 헬스 리터러시 수준에 미치는 영향을 실증적으로 분석하기 위해선 집단수준의 사회 연결망보다 개인 수준에서 개인이 가진 사회 연결망을 분석단위로 하여 측정하는 것이 적절하다고 판단하였다.

사회자본의 영역에서 일반적으로 사회적 연결망을 파악하는데 타인과의 연락 및 접촉 빈도, 자발적 결사체의 지표가 사용된다.

사회적으로 맺는 연결 중 비공식 집단 중 선호의 우선순위와 제공하는 지원의 종류에 따라 비공식 집단 내에서 가족 관계를 일차적 관계, 친구 또는 이웃 관계를 이차적인 관계로 구분하기도 한다(박경숙, 2000). 이에 본 연구에서도 변수 조작화 과정에서 가족 연결망과 그 외의 연결망으로 친구와 이웃으로 나누고 대인의 유형별로 접촉빈도를 파악하려 한다.

MacIver는 조직을 구성원의 공통 관심에 따라 공동체(community)와 결사체(association)로 분류하였다(김현조, 1996; 차동). 결사체는 그 종류도 다양하고 조직의 형태나 운영 방식도 일정하지 않지만 조직의 관심과 목표의 성격에 따라서 여러 가지로 구분할 수 있다. 본 연구에서 결사체 유형은 사회발전연구소가 분류한 바에 따라 정당, 시민단체, 동호회, 종교, 향우회, 동문회로 나눈 것을 활용, 분석에서는 정당 및 정치 단체와 시민단체는 공적 결사체로, 나머지 결사체는 사적 결사체로 구분하려 한다.

최근에는 온라인에서의 사회 연결망을 통해 관계를 맺고 정보를 전달하는 비중이 몹시 늘어났으며, 이는 인구학적, 지리적, 사회경제적 지위의 영향을 덜 받는 약하고 개방적인 연결망이다. 따라서 온라인 연결망 이용빈도도 사회 연결망의 지표로써 포함하였다.

선행 연구들의 이론과 연구 결과들을 바탕으로 가설 1의 하위 가설들을 도출하였다.

[가설 1-1, 비 동거 가족 접촉 빈도가 높을수록 기능적, 비판적 헬스 리터러시가 높을 것이다.

가설 1-2, 비 동거 친구 접촉 빈도가 높을 수록 기능적, 비판적 헬스 리터러시가 높을 것이다.

가설 1-3, 비 동거 이웃 접촉 빈도가 높을 수록 기능적, 비판적 헬스 리터러시가 높을 것이다.

가설 1-4, 자발적 결사체 중 공적 결사체 참여 경험이 있는 경우, 기능적, 비판적 헬스 리터러시가 높을 것이다.

가설 1-5, 온라인 연결망 이용 빈도가 높을 수록 기능적, 비판적 헬스 리터러시가 높을 것이다.]

헬스 리터러시에 영향요인 선행연구 : 사회 연결망

보건학 연구에서 사회 연결망과 헬스 리터러시의 관계에 대해 계량적으로 살펴본 연구는 드물지만, <표 2>의 연구들이 있다.

국내 농촌지역 노인 대상 연구에서 정서적 지지 정도가 클수록 헬스 리터러시 수준이 높았고, 사회활동 수가 1개인 군보다 3개 이상인 군에서 기능적 헬스 리터러시가 유의하게 높은 것으로 나타났다(박지연 & 전경자, 2011). 그러나 정서적 지지도와 사회활동 수가 높아짐에 따라 헬스 리터러시가 높아지는 논리적 근거와 결과에 대한 해석을 제공하지는 않았다.

미국 시카고 지역에서 624명의 유방암 환자를 대상으로 한 사회적 관계와 암 리터러시에 관한 연구에서, 환자를 도와주는 직접적인 연결망과 그 직접적인 연결망을 다시 지원해주는 인맥을 간접적인 인맥으로 구분하고 분석한 결과, 간접적 연결망이 클수록 암 리터러시가 높았다. 이는 가족과 같이 직접적인 연결망은 정서적 지지는 충족시켜주지만 정보적 지지는 덜 제공하기 때문이라고 할 수 있다(염유식, 2009).

표 2 사회 연결망이 헬스 리터러시에 미치는 영향 선행연구

연구 대상자	사회 연결망 측정	연구 결과
국내 농촌 거주 노인 박지연, 전경자 (2011)	사회 활동 개수	사회활동 개수가 1개인 군보다 3개 이상인 군에서 기능적 헬스 리터러시가 유의하게 높음
미국 Chicago 암환자 염유식(2009)	<ul style="list-style-type: none"> - 사회적 지지 - 직접적/ 간접적 사회적 유대 	<ul style="list-style-type: none"> - 배우자로부터의 지지는 영향 없음. - 간접적인 유대관계가 많을수록 자신의 암의 진행단계에 대해 알고 있을 확률이 높음.

사회 연결망이 헬스 리터러시에 미치는 영향에 관한 기존 연구의 제한점은 다음과 같다.

첫째, 박지연 외의 연구의 경우, 연구대상자가 농촌지역에 거주하고 있는 노인으로 한정되어 전 인구 집단으로 일반화하기 어렵다.

둘째, 두 연구 모두 측정도구에 한계가 있다.

국내 연구의 경우, 대구시내 대학병원에서 사용 중인 초음파 검사 예약표, 수술 동의서를 이용하였는데, 이는 일반적이고 포괄적으로 헬스 리터러시를 측정했다고 하기 어렵다. 왜냐하면 직접 측정하는 방식은 각 국가나 의료환경마다 사용하는 의학용어나 글을 인용하면서 도구 자체가 보건의료 체계가 요구하는 능력을 전제로 한다. 따라서 사용된 용어나 글의 수준에 따라 다른 헬스 리터러시 측정결과를 양산하므로 덜 정확하다(Al Sayah, Williams, & Johnson, 2013).

또한 전체 도구 틀은 미국에서 개발된 s-TOFHLA를 번역한 것으로 미국과 한국의 약 복용의 문화적 차이를 고려하지 않았다. 우리나라에서는 일반적으로 정확한 시간 간격에 따라 약을 복용하기 보다는 식사 시간을 기준으로 약물 복용하는 문화입니다. 즉, 정확한 시간 계산을 측정하면 실제 복용 행태와의 차이가 있을 수 있다(이태화 & 강수진, 2008).

염유식의 연구에서는 헬스 리터러시 측정을 환자가 자신의 암의 진행단계에 대해 아는지 모르는지로 측정하여(염유식, 2009) 포괄적인 헬스 리터러시를 측정했다고 하기 어렵다. 두 연구 모두 보건의료환경에서 가장 빈번히 일어나는 의사소통 방식인 구두 의사 소통에 관한 이해 능력은 측정하지 않았다.

마지막으로, 박지연의 연구에서 사회 연결망 측정을 사회활동 개수와 사회적 지지만을 물어 사회 연결망의 구조적 측면을 모두 보았다고 하기는 어렵고, 사회 연결망과 헬스 리터러시에 관한 고찰과 결과 해석이 없어 향후 연구들에서 이론적 토대나 경험적 근거로 활용하는데 제한이 있다.

제 4 절 연구 모형과 가설

1. 연구모형

본 연구의 모형은 <그림 2>와 같다. 독립변수는 사회 연결망이고, 세부 지표로는 가족 접촉 빈도, 친구 접촉 빈도, 이웃 접촉 빈도, 공적 결사체 참여 여부, 온라인 사회 연결망 이용빈도를 활용하였다. 종속변수는 헬스 리터러시를 기능적 헬스 리터러시와 비판적 헬스 리터러시로 나누어 분석하였다. 개인적 요인인 인구학적 변수(성, 연령, 조사지역 특성, 가족 동거 여부)와 사회경제적 지위(교육, 소득) 및 혼란 변수로 작용할 가능성이 있는 가족 동거 여부, 주관적 건강상태, 자기 효능감을 통제하였다.

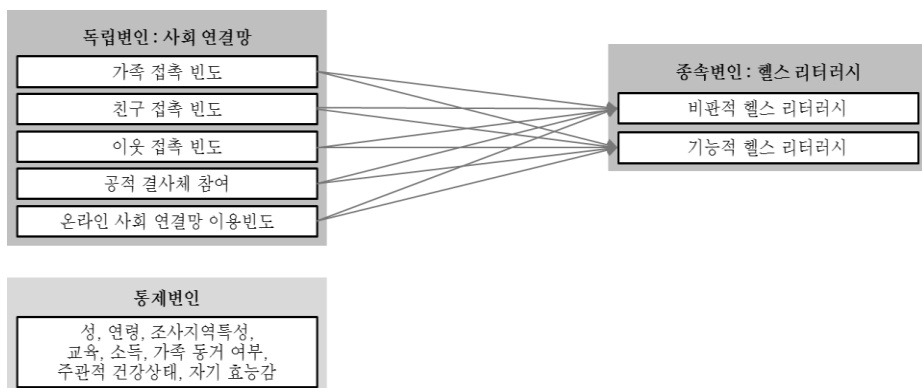


그림 2 연구 모형

2. 연구 가설

가설 1, 인구학적, 사회경제적 지위 변수를 통제한 후에도 개인이 보유한 사회 연결망의 수준이 높을수록 기능적, 비판적 헬스 리터러시가 높을 것이다.

가설 1-1, 비 동거 가족 접촉 빈도가 높을수록 기능적 · 비판적 헬스 리터러시가 높을 것이다.

가설 1-2, 비 동거 친구 접촉 빈도가 높을 수록 기능적 · 비판적 헬스 리터러시가 높을 것이다.

가설 1-3, 비 동거 이웃 접촉 빈도가 높을 수록 기능적 · 비판적 헬스 리터러시가 높을 것이다.

가설 1-4, 자발적 결사체 중 공적 결사체 참여 경험이 있는 경우, 기능적 · 비판적 헬스 리터러시가 높을 것이다.

가설 1-5, 온라인 연결망 이용 빈도가 높을 수록 기능적 · 비판적 헬스 리터러시가 높을 것이다.

가설 2, 사회 연결망이 기능적 헬스 리터러시와 비판적 헬스 리터러시에 미치는 영향의 크기가 다를 것이다.

제 3 장 연구 방법

제 1 절 연구 대상 및 자료

본 연구에서는 2012년 서울대학교 사회발전연구소에서 한국, 독일, 이탈리아, 그리스, 터키 5개국을 대상으로 한 「삶과 사회에 관한 조사」의 한국 자료를 이용하였다. 조사대상자는 성과 연령을 기준으로 할당표본추출을 한 만18세 이상의 성인으로 응답자는 총 1,000명이었다. 설문 방식은 동일한 설문 내용으로 구성된 표준 설문 항목을 개발하여 현지 조사원의 가구방문 면접조사를 수행하여 자료를 수집하였다. 본 연구에서는 분석에 포함된 변수에 결측값이 없는 611명에 대해 분석을 실시하였다.

제 2 절 측정과 분석

1. 변수의 측정

회귀모형에 쓰인 변수는 <표 4>와 같다. 모든 문항의 응답 보기에 “모르겠다”를 두어 잘 모르는 경우 보통 값으로 응답하는 오류를 줄이고자 하였다(Fischhoff & Bruine De Bruin, 1999).

1) 헬스 리터러시

헬스 리터러시는 개인이 주관적으로 인식하는 여러 출처에서 얻은 건강 관련 정보를 이해하는 능력을 측정하였다. 서울대학교 사회발전 연구소의 사회의 질 조사에서 사용된 유명순, 조병희가 개발한 측정도구를 사용하였다(2012). 기능적, 비판적 헬스 리터러시를 나누고, Nutbeam의 해당 개념 설명과 관련 선행연구의 측정 도구를 참고하여<표 3>, 아래와 같이 측정하였다(Ishikawa, Takeuchi, & Yano, 2008).

총 4개문항으로, 기능적 헬스 리터러시 3문항, 비판적 헬스 리터러시 1문항을 물었다. 응답은 Likert 5점척도를 이용하여 매우 그렇다부터 매우 그렇지 않다 중 택일하게 하였다.

표 3 헬스 리터러시 측정 도구 예시

기능적 헬스 리터러시	-	병원과 약국에서 받은 자료에 모르는 단어가 있다.
	-	내용을 이해하기가 어렵다
	-	읽을 때 누군가의 도움이 필요하다
비판적 헬스 리터러시	-	내 상황에 적합한 정보인지 판단했다
	-	믿을만한 정보인지 판단했다.

기능적 헬스 리터러시(종속변수)

약병과 복약안내문을 읽는 능력, 의사, 간호사, 약사 등이 구두로 전해준 정보와 인쇄물을 이해하는 능력 등이 포함된다(Kickbusch, 2001). 최근에는 의료인과의 직접 대면 외에도 언론 매체, 인터넷 등을 통해 정보가 대중에게 빠르게 확산되고 있다(Hesse et al., 2005). 건강정보 획득 경로로

인터넷과 TV가 높은 편이다(조경원, 2006).

선행 연구 결과와 현실적 맥락을 반영하여 기능적 헬스 리터러시 영역은 “나는 언론매체의 의학보도내용을 잘 이해한다”, “나는 건강상태에 대하여 의사가 하는 설명을 잘 알아듣는다”, “나는 약 봉투나 약병에 적힌 복용 설명서를 잘 이해한다” 로 물었다.

3개 문항에 대해 각각 Likert 5점 척도로 응답한 것을 1-5점으로 치환하고, 3개 문항의 평균을 내어, 하나의 변수로 사용하였고 1-5 사이의 값을 가지며, 연속변수로 사용하였다.

비판적 헬스 리터러시(종속변수)

상호적(Communicative) 헬스 리터러시 일상적 활동에 적극적으로 참여하고, 다양한 형태로부터 정보를 추출하고, 변화하는 상황에 새로운 정보를 적용하는 능력을 말한다.

비판적(Critical) 헬스 리터러시는 일상에서 일어나는 사건과 상황에 대해 통제력을 행사할 수 있도록 얻은 정보를 개인에게 맞게 비판적으로 분석하고 활용하는 능력을 의미한다 (Nutbeam, 2000).

단순히 읽고 쓰며, 이해하는 능력을 넘어선 것으로, 정보가 자신에게 적절한지 판단하는 헬스 리터러시의 관계적이고 역동적인 속성은 Nutbeam이 제안한 상호적 헬스 리터러시 영역보다 약간 넓은 범위를 지칭한다 (Kickbusch, 2001). 이에 본 연구는 기능적인 것과는 다른 유형으로, 관계적 속성을 반영한 구성 개념으로 상호적 헬스 리터러시는 생략하고, 비판적 헬스 리터러시를 보아도 충분하다고 판단하였다. 비판적 헬스 리터러시는 “나는 인터넷에서 찾은 의학정보가 맞는지 틀리는지 판단할 수 있다.” 로 묻고, Likert 5점 척도로 답하게 하였다. 응답한 값을 연속변수로 사용하였다.

2) 사회 연결망

사회연결망은 사회연결망의 구조적 측면을 측정하는 것으로 인터넷과 그렇지 않은 실제 접촉을 구분하고, 자발적 결사체 참여 여부, 비 동거하는 가족·친구·이웃의 비대면접촉, 온라인 연결망 이용빈도를 포함하여 총 10개의 문항으로 구성되었다.

대인 접촉 빈도(독립변수)

비 동거 가족/친구/이웃과의 비대면 접촉의 경우 “귀하와 함께 살지 않는 다음의 사람들과 직접 만나거나 또는 전화, 우편, 이메일 등으로 연락하는 빈도는 얼마나 됩니까?”로 묻고, 거의 매일, 일주일에 한두 번, 한 달에 한두 번, 일년에 6~7번, 전혀 접촉 안 함, 해당되는 사람이 없음 중 응답하게 하였다. 3경우의 유형 모두 접촉 횟수가 적은 빈도는 적은 비율이어서 합하여, 3가지 유형에 대해 각각 3개의 범주로 재구성하였다.

자발적 결사체 참여(독립변수)

“지난 1년 동안 귀하가 아래 단체/모임과 관련된 활동을 한 적이 있는지를 묻고자 합니다. 각각에 대하여 답변해주시기 바랍니다.”라는 전체 문항 아래, 스포츠, 레저, 문화 모임(예: 조기축구회, 동호회 등), 종교 모임(예: 교회, 성당, 사찰 등), 정당 등 정치적 모임/단체, 시민단체(예, 인권재단, 한국여성의 전화, 참여연대, 환경운동연합 등), 동문회, 향우회, 기타의 경우 각각 활동한 적이 있다 또는 없다로 응답하게 하고, 중복응답 가능하게 하였다. 이 중 정당 등 정치적 모임/단체, 시민단체 중에 하나라도 활동한 적이 있다고 응답한 경우 공적 결사체 활동한 적이 있는 집단으로 보았고, 그 외의 나머지 결사체 중에 하나라도 활동한적이 있는 경우 사적 결사체 활동한 적이 있는 집단으로 보고, 6개의 결사체 중 한번도 활동한 적이 없는 집단으로 나누어 3개의 범주를 구성하였다. 준거집단은 공적 결사체 활동한 적이 있는 집단으로 하였다.

온라인 연결망 이용빈도(독립변수)

“이메일, SNS(트위터, 페이스북 등), 인터넷동호회나 블로그와 같은 인

터넷 서비스를 얼마나 이용하십니까?”로 각각 묻고, 거의 매일, 일주일에 두서너 번, 일주일에 한번 정도, 일주일에 한번 미만, 전혀 안한다고 응답하게 하였다. 이를 5~1점으로 다시 환산하여, 3개의 문항의 평균을 구하고 이를 분포하는 비율에 따라 3분위로 나누어 범주형 변수를 생성하였다.

3) 통제변수군

헬스 리터러시 선행연구를 참고하여 유의한 영향을 미치는 변수로 연령, 성별, 조사지역 특성, 교육, 소득, 가족 동거여부를 통제변수로 선정하였다. 선행요인인지 결과인지는 상반된 결과가 있으나 독립변수와 종속변수에 모두 영향을 주어 혼란변수로 작용할 가능성이 높은 주관적 건강상태, 자기 효능감을 통제변수로 선정하였다(강수진 et al., 2012; 김수현 & 이은주, 2008; 박지연 & 전경자, 2011; 이상엽, 2005; 이선아 & 박명화, 2010; 이태화 & 강수진, 2008).

연령은 만 18세 이상자만을 대상으로 하였으며, 만 나이를 물었다. 성별은 이분변수로 사용하였다. 조사지역의 특성은 대도시, 중소도시, 읍·면·농어가지역으로 응답하게 한 후, 읍·면·농어가지역은 합하여 하나의 범주로 재구성, 총 3개의 범주로 구성하였다. 연령, 가구 소득은 별도의 조작 없이 응답한 대로 연속형 변수로 사용하였다.

교육수준의 경우 “귀하는 학교를 어디까지 마치셨습니까?”로 묻고, “정규학교를 다닌 적이 없다”부터 각 교육과정의 중퇴, 졸업을 구분한 보기를 과정별로 제시, “대학원 이상”의 보기 중 응답하게 하였다. 분석에서는 한국 성인의 건강불평등에서 고졸이 분기점이 된다는 기존 연구(이미숙, 2005)를 반영하여 고졸 미만과 이상, 전문대학교 졸업 이상으로 구분하여 실제 분석에서 4개의 범주형 변수로 이용하였다. 소득은 “귀택의 월 평균 수입은 세금과 각종 공과금 등의 납부 전을 기준으로 하여 얼마나 되십니까? 귀하를 포함한 모든 가족구성원의 근로소득, 이자, 주식배당, 자산소득, 지대, 연금, 복지 수당, 다른 사람의 도움 등을 합한 금액을 말씀해 주십시오.”로 묻고, “없음”부터 “월 49만원 이하”로 하여 50만원의 단위로, “월 1,000만원 이상”, “모르겠다”의 보기 총 23개를 제시하였다. “모르겠다”라고 응답한 결측치를 제외하고 분석에 사용하였고,

회귀분석에서는 연속형 변수로, 기술통계 및 기타 통계에서는 소득 4분위를 재구성한 범주형 변수로 사용하였다.

주관적 건강상태는 “귀하의 건강상태는 어떠하십니까?”로 묻고, “매우 좋다”에서 “매우 나쁘다”까지 Likert 5점 척도로 응답하게 하였다. 매우 나쁘다(0.5%), 약간 나쁘다(5.7%), 보통이다(27%)라서 합산한 수 3개의 범주로 재구성하였다.

자기 효능감은 “나에게는 내 인생을 통제할 능력이 있다.”에 어느 정도 동의하는지 “매우 그렇다”에서 “매우 그렇지 않다”까지 Likert 5점 척도로 응답하게 하였고, 매우 그렇다에 5점을 부과, 연속변수로 활용하였다.

표 4 변수의 구성과 측정

변수 종류	변수	구체적 내용	유형
주관적 헬스 리터러시 (종속변수)	비판적 헬스 리터러시	의학정보 판단능력	연속형
	기능적 헬스 리터러시	의학 보도 내용 이해도 의사 설명 이해도 복약 설명서 이해도	
사회 연결망 (독립변수)	결사체 활동 참여 여부	공적 결사체	범주형
		정당/정치 시민단체	
		사적 결사체	범주형
		스포츠/문화 종교활동 향우회 동문회	
개인적 요인 (통제변수)	대인 접촉빈도	가족/친구/이웃	범주형
	온라인 연결망 이용 빈도	E-mail/SNS/블로그	범주형
	연령		연속형
	성별		범주형
	거주지역특성	대도시/중소도시/읍·면지역	범주형
	월평균가구소득		연속형
	교육수준	고졸 이하/고졸이상/ 전문대졸이상/대졸이상	범주형
	가족 동거여부	가족 동거여부	범주형
	주관적 건강상태		범주형
	자기효능감		연속형

2. 측정 도구의 신뢰도

기능적 헬스 리터러시 3문항이 하나의 개념을 측정하고 있는지 확인하기 위해 크론바흐 알파(Cronbach' s alpha)값을 구하였다.

α (신뢰성 지수) = 0.8339이었다. 0.8을 넘는 값으로, 매우 강한 일관성을 가지고 있다고 할 수 있음. 따라서 3문항을 합하여 하나의 헬스 리터러시 측정항목으로 간주하여도 통계상의 문제가 없다고 판단하였다. 다른 설문항목의 응답 척도와 같은 양으로 모형에 넣기 위해 3문항의 평균을 구하여 이용하였다.

3. 분석 방법

헬스 리터러시 영향 요인 함수

헬스 리터러시 (Y_i^{hl}) = f {공적 결사체 참여(P)_i, 가족 접촉빈도(FM)_i, 친구접촉빈도(Fr)_i, 이웃접촉빈도(Nei)_i, 인터넷 연결망 이용빈도(In)_i, 인구학적 변수 (D)_i, 사회경제적 지위 (SES)_i, 주관적 건강상태 (SRH)_i, 자기효능감(SE)_i} + ε_i^{hl} }

함수 추정 회귀식

<회귀식 1>^②

$$Y_i^{fhl} = \alpha_0 + \alpha_1 x_1 + \alpha_2 x_2 + \alpha_3 x_3 + \alpha_4 x_4 + \alpha_5 x_5 + \alpha_6 x_6 + \alpha_7 x_7 + \alpha_8 x_8 + \alpha_9 x_9 \\ + \alpha_{10} x_{10} + \alpha_{11} x_{11} + \alpha_{12} x_{12} + \alpha_{13} x_{13} + \varepsilon_i^{fhl}$$

<회귀식 2>^②

$$Y_i^{ihl} = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \beta_3 x_3 + \beta_4 x_4 + \beta_5 x_5 + \beta_6 x_6 + \beta_7 x_7 + \beta_8 x_8 \\ + \beta_9 x_9 + \beta_{10} x_{10} + \beta_{11} x_{11} + \beta_{12} x_{12} + \beta_{13} x_{13} + \varepsilon_i^{ihl}$$

통계 방법

응답자의 일반적 특성 및 측정변수를 기술하기 위하여 빈도, 백분율, 평균, 표준편차를 사용하였다. 변수 별 상호상관관계를 분석하기 위하여 피어슨 상관계수에 대한 상관 정도를 판단하였다. 각 변수 별로 층화하여 집단별 두 가지 헬스 리터러시 수준에서 차이가 나는지 알아보기 위하여, t-검정과 카이제곱을 실시하였다. 가설을 검정하기 위해 최소제곱자승(OLS)방식의 위계적 다중회귀분석을 실시하였다. 독립변수 투입 후의 회귀모형이 투입 전의 모형에 비해 설명력(R-square)가 유의하게 증가했는지로 판단하였다.

② Y_i^{fhl} = 기능적 헬스 리터러시 지수, Y_i^{ihl} = 비판적 헬스 리터러시 지수, $\alpha_0 = \beta_0$ = 회귀모

형의 절편, $\alpha_1 = \beta_1$ = 결사체 참여 (준거집단=결사체 참여 경험 없는 집단), $\alpha_2 = \beta_2$ = 가족 접촉빈도 범주형 변수(준거집단=가족과 접촉빈도가 월 1-2회 이하 집단), $\alpha_3 = \beta_3$ = 친구 접촉빈도 범주형 변수(준거집단=친구와 접촉빈도가 월 1-2회 이하 집단), $\alpha_4 = \beta_4$ = 이웃 접촉빈도 범주형 변수 (준거집단=이웃과 접촉빈도가 월 1-2회 이하 집단), $\alpha_5 = \beta_5$ = 이메일, SNS, 인터넷 블로그 이용 빈도 3분위(준거집단=빈도가 가장 낮은 1분위), $\alpha_6 = \beta_6$ = 여성더미변수 (준거집단=남성), $\alpha_7 = \beta_7$ = 나이, $\alpha_8 = \beta_8$ = 거주 지역 변수(대도시, 중소도시, 읍/면지역, 준거집단=대도시 거주), $\alpha_9 = \beta_9$ = 교육 3분위 변수(고졸 미만, 고졸이상, 전문대학졸업 이상, 준거집단=고졸미만), $\alpha_{10} = \beta_{10}$ = 소득, $\alpha_{11} = \beta_{11}$ = 가족동거여부 변수(준거집단=가족비동거), $\alpha_{12} = \beta_{12}$ = 주관적 건강상태, $\alpha_{13} = \beta_{13}$ = 자기 효능감, ε_i^{fhl} , ε_i^{ihl} = 회귀 모형의 오차, $i=1,2,3,\dots$

N(=611)

제 4 장 연구 결과

제 1 절 응답자의 일반적 특성

본 설문은 1,000명이 응답하였으나 사용하는 변수에 결측치가 있는 응답자를 제외하고 대상자는 총 611명으로 대상자의 일반적 특성은 <표 5>와 같다.

대상자의 성별은 남자가 54.0%, 여자가 46.0%로 비슷한 비율이었다. 평균 연령은 38.7세(± 11.4)세였다. 연령은 19세에서 74세까지 분포하였다. 생애주기적 관점에 따라 표에서와 같이 나누었다. 25세 이상 34세 이하, 35세 이상 44세 이하, 45세 이상 64세 이하의 군이 약 2,30%의 비율로 많은 편이었다. 응답자가 대도시에 거주하는 경우가 46.3%, 중소도시 41.6로 비슷한 분포를 보였고, 읍 또는 면에 거주하고 있는 응답자는 12.1%에 불과하였다. 교육 수준은 한국 성인의 건강불평등에서 고졸이 분기점이 된다는 기존 연구를 반영하여(이미숙, 2005), 고졸 이상과 미만, 전문대졸 이상과 대졸 이상으로 분류하여 분석하였다. 고졸 미만인 자는 5.4%로 적은 비율을 차지하고 있었다. 고졸 이상 전문대 졸업 미만인 사람이 38.8%로 가장 많았으며, 전문대졸업 이상과 대학졸업 미만의 경우 대학졸업 이상 집단의 경우 각각 27.8%, 28%로 비슷하였다. 사분위 가구 소득으로 나누었을 때, 일사분위에 해당하는 인구가 14.1%, 이사분위에 29%, 삼사분위에 26%, 사사분위에 31%였다. 가족과 비 동거하는 비율이 6.5%로 매우 낮았다. 주관적 건강상태는 보통 이하가 33.2%, 약간 좋다고 응답한 비율이 28.5%, 매우 좋다고 응답한 이는 38.3%였다. 자기 효능감의 경우 보통 이하가 36%, 인생의 통제능력이 약간 있다고 응답한 비율이 50%, 매우 그렇다고 응답한 이는 14.1%였다.

같이 살지 않는 가족과 비대면 접촉을 포함한 접촉빈도는 월 1-2회 이하로 가장 낮은 집단이 32.7%였다. 같은 집단의 친구 33.9%보다 낮았다. 월 1-2회 비 동거 가족과 접촉한다고 응답한 비율은 38.8%로 역시 친구 41.7%보다 낮게 나타났다. 가족, 친구와 거의 매일 접촉하는 비율은 각각

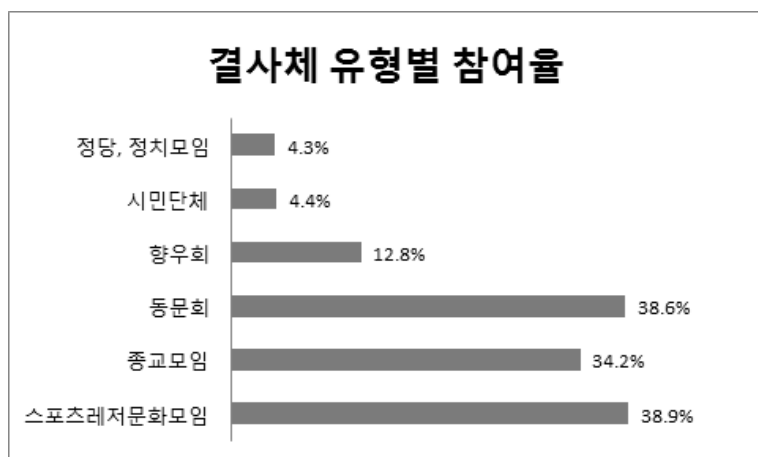
28.5%, 24.4%였다. 이웃의 경우 월 1~2회 이하의 비율이 58.3%로 세 유형 중 가장 높았다. 이웃과 접촉을 거의 매일 하는 비율을 13.1%였다. 온라인 연결망은 일주일에 한번 이하로 이용하는 비율이 48.3%, 일주일에 2~4번이 31.9%, 거의 매일 이용하는 비율이 19.8%였다. 결사체 참여에 서는 1년간 스포츠레저문화모임에 참여한적이 있는 사람이 39.0%으로 가장 많았고, 그 다음으로는 동문회 38.5%, 종교모임 34.2% 순이었다. 향우회가 12.6%였고, 정당, 정치모임이 4.3%, 시민단체 4.4%로 낮은 비율이었다. 이를 결사체 유형별 참여율을 도식화하면 아래 <그림 3>과 같다. 사적 결사체 참여 여부에 관계없이 1년간 공적 결사체에 참여한적이 있는 사람은 7.0% 였고, 공적 결사체 참여 경험은 없으나 사적 결사체에만 참여한 사람이 30.8%, 어느 결사체에도 참여 경험 없는 사람이 62.2%로 절반 이상이었다.

표 5 대상자의 일반적 특성

항목	구분	빈도(명)	백분율(%)
성별	남자	330	54.0
	여자	281	46.0
연령	평균연령	38.7세(±11.4)	
	19세 이상 24세 이하	71	11.6
	25세 이상 34세 이하	158	25.9
	35세 이상 44세 이하	185	30.3
	45세 이상 54세 이하	147	24.1
	55세 이상 64세 이하	43	7.0
	65세 이상	7	1.2
조사지역특성	대도시	283	46.3
	중소도시	254	41.6
	읍/면	74	12.1
교육수준	고졸 미만	33	5.4
	고졸 이상	237	38.8
	전문대 졸업 이상	170	27.8
	대학교 졸업 이상	171	28.0
사분위 가구소득	일사분위	86	14.1
	이사분위	177	29.0

	삼사분위	159	26.0
	사사분위	189	31.0
가족 동거 여부	가족과 비 동거	40	6.5
	가족과 동거	571	93.5
주관적 건강상태	보통 이하	203	33.2
	약간 좋다	174	28.5
	매우 좋다	234	38.3
자기 효능감	보통 이하	220	36.0
	다소 그렇다	305	50.0
	매우 그렇다	86	14.1
자발적 결사체 참여	스포츠레저문화모임	238	39.0
	종교모임	209	34.2
	정당, 정치모임	26	4.3
	시민단체	27	4.4
	동문회	235	38.5
	향우회	77	12.6
공적 결사체 참여 여부	결사체 참여한 적 없음	380	62.2
	공적 결사체 참여한 적 있음	43	7.0
	사적 결사체 참여한 적 있음 & 공적 결사체 참여한 적 없음	188	30.8
비 동거인 만남 빈도 : 가족	낮음	200	32.7
	중간	237	38.8
	높음	174	28.5
비 동거인 만남 빈도 : 친구	낮음	207	33.9
	중간	255	41.7
	높음	149	24.4
비 동거인 만남 빈도 : 이웃	낮음	357	58.3
	중간	174	28.5
	높음	80	13.1
온라인 연결망 이용빈도	가장 적게 이용	295	48.3
	중간 빈도 이용	195	31.9
	가장 많이 이용	121	19.8

그림 3 결사체 유형별 참여율



제 2 절 헬스 리터러시

<표 6>과 같이, 조사 대상자의 기능적 헬스 리터러시 평균은 3.58(± 0.03), 비판적 헬스 리터러시 평균은 3.32(± 0.04)이었다.

두 가지 헬스 리터러시는 같은 개인이 응답한 것이므로 같은 모집단이라는 전제 하에, 두 변수의 t-검정을 통해 기능적 헬스 리터러시와 비판적 헬스 리터러시 평균을 비교한 결과, 기능적 헬스 리터러시가 통계적으로 유의하게 약간 더 높은 것으로 나타났다.

표 6 기능적, 비판적 헬스 리터러시 평균

	N	평균	표준 오차	표준 편차	95% 신뢰구간
기능적 헬스 리터러시	611	3.58	0.03	0.75	3.52 - 3.64
비판적 헬스 리터러시	611	3.32	0.04	0.96	3.24 - 3.40

기능적 헬스 리터러시를 구성하는 각 문항별 평균은 <표 7>과 같다. 복용설명서를 가장 잘 이해하는 것으로 나타났으며 다음이 의사 설명이었고, 언론 매체에서 보도된 내용을 가장 이해하기 어려워하는 것으로 나타났다.

표 7 기능적 헬스 리터러시 문항별 평균

	N	평균	표준 편차
언론매체 보도 내용 이해 정도	611	3.32	0.88
의사 설명 이해 정도	611	3.67	0.86
복용 설명서 이해 정도	611	3.76	0.86

제 3 절 집단 별 헬스 리터러시 차이

1. 통제변수

1) 인구학적 변수 및 사회 경제적 지위 변수

인구학적 변수 중 성과 연령은 층화하여 집단 별 기능적 헬스 리터러시와 비판적 헬스 리터러시의 평균을 비교하였을 때, 집단 간 평균이 유의하게 차이 나지 않았다. 거주지역에 따라 기능적 헬스 리터러시 수준은 다르지는 않았으나, 비판적 헬스 리터러시는 대도시보다 중소도시 거주자들이 0.28점 낮았고, 통계적으로 유의하였다. 두 유형의 헬스 리터러시의 수준과 가족 동거 여부는 관련 없는 것으로 나타났다. 소득의 경우 소득 4분위로 나누었을 때, 소득수준에 따라 두 헬스 리터러시가 달라지지는 않았다.

2) 교육 수준

교육의 경우 교육수준이 증가함에 따라 헬스 리터러시 평균이 증가하는 경향이었지만, ANOVA 실시 결과, 고졸과 전문대졸, 대졸로 나눈 학력별 집단 간 헬스 리터러시 평균의 유의한 차이는 없지만 기술적으로 보면 교육수준에 따라 집단 별로 다른 평균을 가지고 있다. <표 8>

표 8 교육수준별 헬스 리터러시 평균

	기능적 헬스 리터러시		비판적 헬스 리터러시	
	평균	표준편차	평균	표준편차
고졸 미만	3.33	0.72	3.15	1.09
고졸 이상	3.54	0.71	3.28	0.95
전문대졸 이상	3.62	0.74	3.38	0.90
대졸 이상	3.65	0.81	3.33	1.02

헬스 리터러시의 각 문항별로 교육 수준에 따른 헬스 리터러시 응답 비율을 살펴 보면 다음과 같다.

비판적 헬스 리터러시에 해당하는 인터넷 상의 의학정보를 판단하는 비

율을 살펴보면<그림 4>^③ 대졸 이상인 집단에서 매우 잘 판단할 수 있다고 응답한 비율이 12.3%로 가장 높다. 전문대졸 이상 대졸 미만과 고졸 미만의 집단은 약 9%였고, 고졸 이상 전문대졸 미만의 집단이 6.6%로 가장 적은 비율이 매우 잘 판단할 수 있다고 응답하였다. 고졸 미만의 집단에서 다소 판단하기 어렵거나(24.2%) 매우 판단하기 어렵다(6.0%)고 응답한 비율이 가장 많았다.

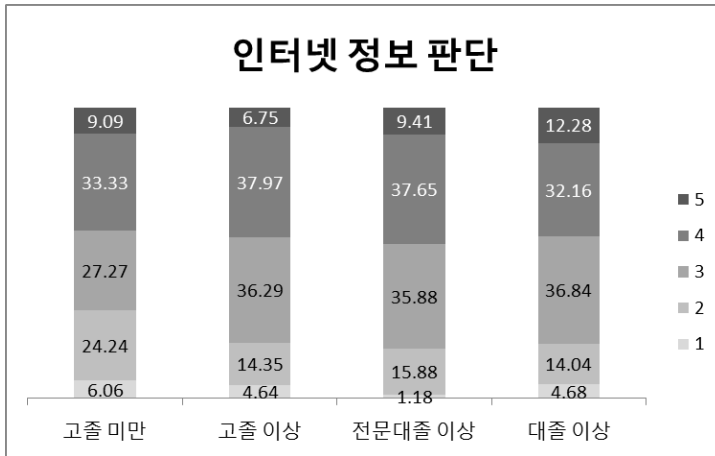


그림 4 교육 수준별 인터넷 정보 판단 정도

기능적 헬스 리터러시를 문항별로 나누어 살펴보자. 언론매체 보도 내용을 이해하는데 있어서 <그림 5>, 매우 혹은 다소 이해하는 비율은 대졸 이상의 집단에서 약 50%로 가장 높았고, 고졸 미만의 집단에서는 27%로 가장 낮았다. 고졸 미만의 집단은 매우 이해하기 어렵다고 응답한 비율이 12%로 타 학력군에 비해 이해하기 어려워하는 것으로 나타났다.

^③ 그림 4에서 7까지, 막대 그래프 상의 숫자는 백분율로 나타냈으며, 범례 1은 각 문항에 대해 ‘매우 그렇지 않다’라고 응답한 비율을 나타내며, 2는 ‘다소 그렇지 않다’ 3은 ‘보통이다’ 4는 ‘다소 그렇다’ 5는 ‘매우 그렇다’라고 응답한 비율이다.

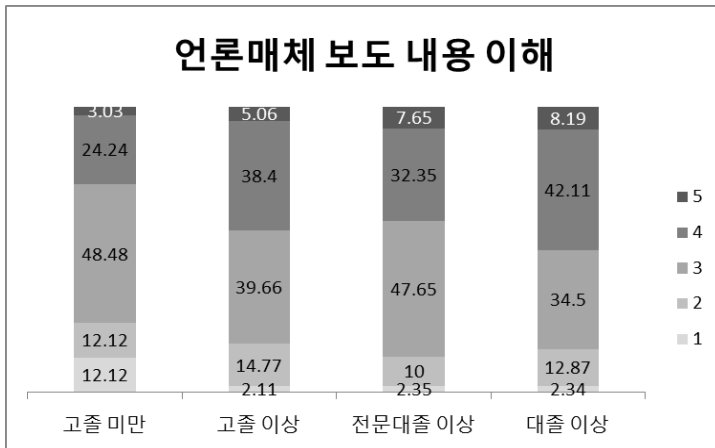


그림 5 교육 수준별 언론매체 보도 내용 이해 정도

언론 매체 내용 이해 정도 보다 평균이 더 높았던 의사 설명에 대해 <그림 6> 사람들은 많은 비율이 다소 이해하고 있다고 응답하였으며, 그 비율이 가장 많은 것은 대졸 이상의 집단에서 었다. 역시 고졸 미만의 집단에서는 다소 혹은 매우 이해하는 비율이 54%로 고졸 이상 학력군에 다소 작았다. 고졸 미만의 집단에서는 다소 이해하지 못하는 사람들이 18%를 차지해, 고졸 이상의 집단에 비해 의사 설명을 어려워하는 것으로 나타났다.

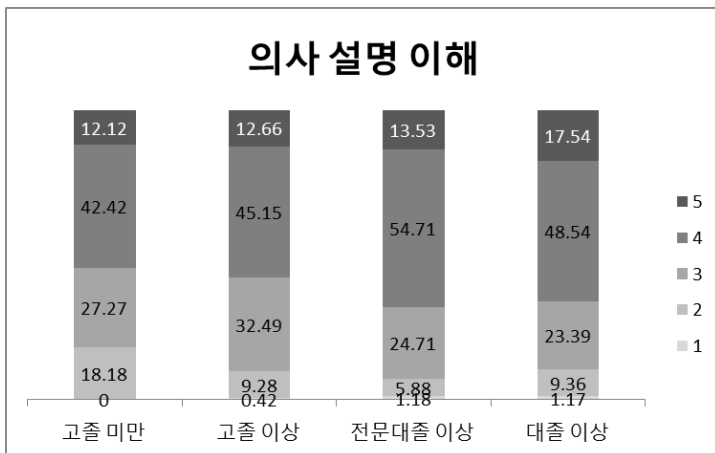


그림 6 교육 수준 별 의사 설명 이해 정도

평균이 가장 높았던 복용 설명서 이해의 경우 <그림 7>, 고졸 미만의 집단은 타 집단에 비해 매우 이해하는 비율이 꽤 차이나게 적었으며, 다소 이해하기 어려운 비율이 15%로 고졸 이상의 집단군에 비해 높았다. 전체 적으로 매우 이해하기 어렵다고 응답한 비율이 적었으며, 다소 이해하기 어렵다고 응답한 사람들 역시 기능적 헬스 리터러시 타 문항에 비해 적었다.

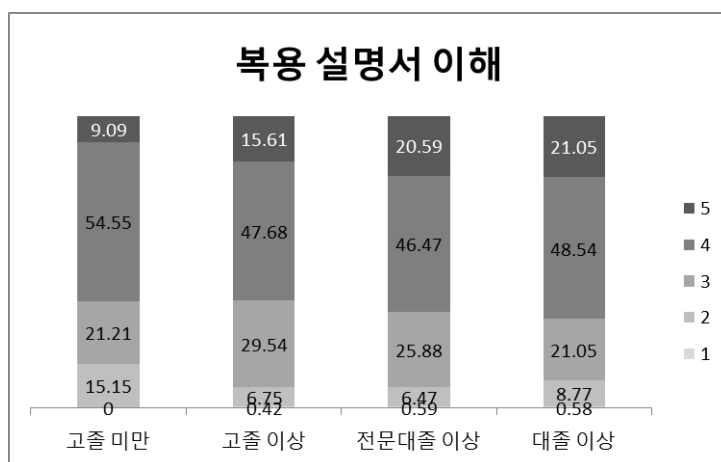


그림 7 교육 수준별 복용 설명서 이해 정도

3) 건강 수준 및 자기 효능감

응답자의 건강수준이 보통 이하인 경우에 비해 높은 경우, 두 유형의 헬스 리터러시 모두 유의하게 높았다. <표 9>

표 9 건강수준 집단별 헬스 리터러시 평균

건강수준	관찰 값(명)	기능적HL평균	비판적HL평균
보통 이하	203	3.39	3.09
약간 건강	174	3.65	3.41
매우 건강	234	3.70	3.44
카이제곱검정 p-value		0.28	0.05

자기효능감은 두 헬스 리터러시 수준에 유의하게 정적 연관을 보였는데, 특히 비판적 헬스 리터러시가 자기효능감이 높아짐에 따라 큰 폭으로 증가

하는 것을 확인할 수 있다. <표 10>

표 10 자기효능감 집단 별 헬스 리터러시 평균

자기효능감	관찰 값(명)	기능적HL평균	비판적HL평균
매우 낮은	3	2.44	1.67
약간 낮음	27	2.88	2.44
보통	190	3.36	3.02
약간 높음	305	3.65	3.40
매우 높음	86	4.08	4.00
카이제곱검정 p-value		0.10	0.62

2. 독립변수 : 사회 연결망

1) 대인 접촉 빈도

사회 연결망의 변수의 경우, 가족 접촉 빈도와 온라인 사회 연결망 이용 빈도에 따라 3개의 집단으로 나누고, 각 집단에서 두 가지 헬스 리터러시 수준을 비교하였을 때, 통계적으로 유의하지 않았다. 변수 내 집단 별, 헬스 리터러시 수준이 차이 나는 것으로는 친구접촉빈도와 이웃접촉빈도, 결사체 참여 여부가 있었다. 친구접촉의 경우 빈도가 가장 낮은 집단에 비해 주 1-2회 정도로 만나는 중간 집단이 비판적 헬스 리터러시 평균이 낮게 나타났다. 이웃접촉 빈도의 경우, 가장 접촉을 적게 하는 집단과 주 1-2회 접촉하는 중간 집단보다 거의 매일 접촉하는 집단의 기능적 헬스 리터러시 평균이 모두 0.30만큼 높았다. 즉, 가장 빈도가 낮은 집단과 중간 집단의 기능적 헬스 리터러시 차이는 없다는 의미인데, 통계적으로도 같은 결과를 나타냈다. 가장 이웃 접촉빈도가 낮은 집단에 비해 거의 매일 이웃과 접촉하는 집단의 경우 비판적 헬스 리터러시가 0.31만큼 높았다.

2) 공적 결사체 참여

결사체 참여에 따른 헬스 리터러시 평균 비교 결과, 기능적 헬스 리터러시는 차이가 없었으며, 비판적 헬스 리터러시는 차이가 있었고 <표 11>에 나타내었다. 비 참여 집단에 비해 공적 결사체 참여 경험이 있는 집단이

비판적 헬스 리터러시가 0.48점 높았으며, 사적 결사체에만 참여 경험이 있는 집단의 경우는 비 참여 집단에 비해 0.23점 낮았다. 결사체의 성격에 따라 공적 결사체와 사적 결사체로 나누어 보면, 사적 결사체에만 참여 경험이 있는 집단의 경우 한번이라도 공적 결사체 참여했던 집단에 비해 헬스 리터러시 평균이 0.71점 낮게 나타났다.

표 11 결사체 집단 별 비판적 헬스 리터러시 차이

	결사체 비 참여	공적 결사체 참여
공적 결사체 참여	0.48**	
사적 결사체만 참여	-0.23*	-0.71***

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

3) 온라인 연결망 이용 빈도

온라인 연결망 이용빈도에 따른 두 유형의 헬스 리터러시 평균은 유의한 차이를 보이지 않았다.

제 4 절 상관 관계 분석 결과

전체 변수들의 상관관계계수와 그 유의성은 <표 12>와 같다.

독립변수로 설정한 5개의 변수 중 각각 1개, 2개의 변수가 기능적 헬스 리터러시(이웃 접촉 빈도), 비판적 헬스 리터러시(이웃 접촉빈도, 온라인 연결망 이용빈도)와 유의한 상관관계가 있었다. 온라인 연결망 이용의 경우, p 값이 0.05와 0.06사이에 있어 한계적 상관관계, 변수의 조작화에 따라 유의한 상관관계가 될 가능성이 있는 것으로 나타났다.

가족 접촉 빈도는 연령과 소득과 유의한 관련이 있었고, 친구 접촉 빈도는 연령과 소득, 건강상태, 가족 접촉빈도와 관련이 있었다. 이웃 접촉빈도의 경우, 성별, 연령, 건강상태, 친구 접촉 빈도와 관련이 있었다. 결사체 유형에 따른 참여 여부는 성별, 교육, 이웃 접촉빈도와 관련이 있었고, 온라인 연결망 이용빈도는 연령, 교육, 가족 접촉 빈도, 친구 접촉 빈도와 유의하게 관련이 있었다.

기능적 헬스 리터러시와 비판적 헬스 리터러시는 0.6으로 다소 밀접한 관련이 있다. 그러나 회귀분석을 실시할 때 다중공선성의 문제가 염려되지는 않는다. 변수들의 분산팽창지수가 모두 10이하로, 다중 공선의 문제는 없을 것으로 판단하였다.

표 12 변수간 상관관계 분석

변수간 상관관계 분석															
	기능적 HL	비판적 HL	성별	연령	거주 지역	교육	소득	건강 상태	자기 효능감	가족동 거여부	가족접 촉빈도	친구접 촉빈도	이웃접 촉빈도	결사체 참여여부	온라인 연결망
기능적 HL	1.00														
비판적 HL	0.60***	1.00													
성별	0.01	0.00	1.00												
연령	0.05	0.08*	-0.04	1.00											
거주지역	-0.11**	-0.10*	0.01*	-0.01***	1.00**										
교육수준	0.12**	0.07	-0.10*	-0.20***	-0.13**	1.00									
소득	0.05	0.01	0.05	-0.11**	-0.04	0.18***	1.00								
건강상태	0.18***	0.16***	-0.05	-0.12**	-0.04	0.06	0.09*	1.00							
자기 효능감	0.37***	0.39***	0.00	0.06	0.01	0.09*	0.10*	0.21***	1.00						
가족동거 여부	0.02	0.02	0.14***	-0.02	0.07	-0.02	0.26***	0.05	0.07	1.00					
가족접촉 빈도	0.07	0.07	0.07	-0.12**	0.03	0.03	0.09*	0.07	0.02	-0.02	1.00				
친구접촉 빈도	0.06	0.00	-0.03	-0.27***	-0.04	-0.01	0.09*	0.19***	0.02	-0.05	0.31***	1.00			
이웃접촉 빈도	0.11**	0.10*	0.17***	0.21***	-0.02	-0.06	0.01	0.11**	0.01	0.01	0.04	0.21***	1.00		
결사체 참여여부	-0.05	-0.02	-0.13**	0.06	-0.07	0.09*	-0.03	0.02	0.04	-0.03	-0.05	-0.14	-0.01**	1.00	
온라인 연결망	0.07	0.08†	-0.08†	-0.34***	0.04	0.14***	0.03	0.05	0.04	-0.02	0.13**	0.20***	-0.07	0.04	1.00

†.05<p<.06, *p<.05, **p<.01, ***p<.001

제 5 절 위계적 다중회귀분석 결과

1. 가설 1의 검정 결과

1) 기능적 헬스 리터러시

<표 13>은 앞의 헬스 리터러시 선행요인 함수대로 모형을 만들어 기능적 헬스 리터러시에 대해 위계적 회귀분석을 실시한 결과이다. 모형 1은 종속변수(기능적 헬스 리터러시)에 대하여 통제변수들만 포함한 분석 모형이며, 모형 2부터 차례로 독립변수인 사회 연결망 변수를 하나씩 추가하였다.

전 단계의 모형에 비해 모형 2,3,4,5,6 모두 유의하게 설명력이 증가하였으므로 사회 연결망 변수가 기능적 헬스 리터러시를 설명한다고 할 수 있다. 최종 모형 6의 R^2 는 0.21으로 모형이 약 21% 정도 설명력을 가지는 것으로 파악된다.

개인적 요인인 통제 변수 중 기능적 헬스 리터러시에 유의한 영향을 미친 것은 고졸 미만 집단에 비해 전문대졸 이상과 대졸 이상인 경우 정적 영향을 미쳤으며, 대졸 이상의 회귀계수 값이 약간 더 작았다. 자기효능감도 정적 영향을 미쳤다. 대도시에 거주하는 것이 기능적 헬스 리터러시에 정적 영향을 미쳤으며, 중소도시보다 읍·면인 경우 기능적 헬스 리터러시가 더 크게 낮은 것으로 나타났다.

사회 연결망 변수 중 유의한 정적 영향을 미친 것은 이웃 접촉 빈도와 공적 결사체 참여였다. 회귀계수는 두 변수 모두 약 0.21이었다.

모형 6에서 이웃 접촉 빈도가 높을수록 기능적 헬스 리터러시가 높아, 가설 1-3의 일부가 지지되었다. 비 참여 집단에 비해 공적 결사체 참여 경험이 있는 집단의 회귀계수가 유의하고 정적 방향을 보이므로 자발적 결사체 중 공적 결사체 참여 경험이 있는 경우, 그렇지 않는 경우에 비해 기능적, 비판적 헬스 리터러시가 높을 것이라는 가설 1-5의 일부도 지지되었다.

표 13 기능적 헬스 리더러시의 회귀분석 결과

변수	모형 1	모형 2	모형 3	모형 4	모형 5	모형6
기능적 헬스 리더러시 통제변수						
성별	0.03	0.02	0.02	-0.01	0.00	-0.02
(준거집단=남성)	(0.06)	(0.06)	(0.06)	(0.06)	(0.06)	(0.06)
연령	0.00	0.00	0.01*	0.00	0.01	0.01
	(0.00)	(0.00)	(0.00)	(0.00)	(0.00)	(0.00)
교육수준						
고졸이상	0.16	0.17	0.19	0.21	0.20	0.22
(준거집단=고졸 미만)	(0.12)	(0.12)	(0.12)	(0.12)	(0.12)	(0.12)
전문대졸이상	0.28*	0.28*	0.29*	0.31*	0.29*	0.30*
(준거집단=고졸 미만)	(0.13)	(0.13)	(0.13)	(0.13)	(0.13)	(0.13)
대졸 이상	0.21	0.22	0.24	0.25*	0.23	0.26*
(준거집단=고졸 미만)	0.13	0.13	(0.13)	(0.13)	(0.13)	(0.13)
소득	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	(0.01)	(0.01)	(0.01)	(0.01)	(0.01)	(0.01)
거주지역						
중소도시	-0.13*	-0.13*	-0.12	-0.12	-0.12*	-0.14*
(준거집단=대도시)	(0.06)	(0.06)	(0.06)	(0.06)	(0.06)	(0.06)
읍/면	-0.22*	-0.23*	-0.22*	-0.22*	-0.23*	-0.24*
(준거집단=대도시)	(0.09)	(0.09)	(0.09)	(0.09)	(0.09)	(0.09)
가족 동거여부						
가족과 동거	0.00	0.00	0.03	0.03	0.03	0.03
(준거집단=가족 비 동거)	(0.12)	(0.12)	(0.12)	(0.12)	(0.12)	(0.12)
주관적 건강상태						
약간 건강함	0.17*	0.17*	0.17*	0.15*	0.15*	0.16*
(준거집단=보통 이하)	(0.07)	(0.07)	(0.07)	(0.07)	(0.07)	(0.07)
매우 건강함	0.19**	0.18**	0.18*	0.16*	0.17*	0.17*
(준거집단=보통 이하)	(0.07)	(0.07)	(0.07)	(0.06)	(0.07)	(0.07)
자기 효능감	0.33***	0.33***	0.33***	0.33***	0.33***	0.33***
	(0.04)	(0.04)	(0.04)	(0.04)	(0.04)	(0.04)
독립변수						
가족 접촉빈도						
중간		0.08	0.09	0.10	0.10	0.11
(준거집단=낮음)		(0.07)	(0.07)	(0.07)	(0.07)	(0.07)
높음		0.12	0.11	0.12	0.11	0.11
(준거집단=낮음)		(0.07)	(0.07)	(0.08)	(0.07)	(0.07)
친구접촉빈도						
중간			-0.07	-0.09*	-0.10	-0.12
(준거집단=낮음)			(0.07)	(0.07)	(0.07)	(0.07)
높음			0.13	0.08	0.06	0.04
(준거집단=낮음)			(0.08)	(0.08)	(0.08)	(0.09)
이웃접촉빈도						
중간				0.04	0.03	0.04
(준거집단=낮음)				(0.07)	(0.07)	(0.07)
높음				0.21*	0.21*	0.22*
(준거집단=낮음)				(0.09)	(0.09)	(0.09)
온라인 연결망 이용빈도						
중간					0.09	0.10
(준거집단=낮음)					(0.06)	(0.06)
높음					0.12	0.13
(준거집단=낮음)					(0.08)	(0.08)

<i>공적 결사체 참여여부</i>						
공적 결사체 참여						0.21 [†]
(준거집단=비참여)						(0.10)
사적 결사체 참여						0.12 [*]
(준거집단=비참여)						(0.07)
상수	1.97	1.85	1.81	1.86	1.78	1.71
	(0.24)	(0.25)	(0.25)	(0.25)	(0.26)	(0.27)
R ²	0.1733	0.1774	0.1879	0.1948	0.1987	0.2067
전체모형 F-값	10.48 ^{***}	9.28 ^{***}	8.88 ^{***}	8.54 ^{***}	7.80 ^{***}	7.48 ^{***}
자유도	598	596	594	592	560	588
R ² 증가량		0.0041	0.0105	0.0068	0.0039	0.0081
R ² 증가량 F-값		1.54 ^{**}	3.65 [*]	2.64 ^{**}	1.46 ^{**}	3.17 ^{**}

계수 값은 비 표준화 회귀계수이며 괄호 안은 표준오차임.

†.05<p<.06, *p<.05, **p<.01, ***p<.001

2) 비판적 헬스 리터러시

<표 14>는 앞의 헬스 리터러시 선행요인 함수대로 모형을 만들어 비판적 헬스 리터러시에 대해 위계적 회귀분석을 실시한 결과이다. 마찬가지로 모형 1은 종속변수(비판적 헬스 리터러시)에 대하여 통제변수들만 포함한 분석 모형이며, 모형 2부터 차례로 독립변수를 추가시켰다.

전 단계의 모형에 비해 모두 회귀결정계수인 R^2 는 증가하였으나 모형 5,6에서만 유의하게 설명력이 증가하였다. 이는 가족 접촉 빈도와 친구 접촉 빈도 변수만 넣었을 때보다, 이웃 접촉빈도와 온라인 연결망 이용빈도, 공적 결사체 참여를 변수로 넣었을 때, 비판적 헬스 리터러시를 더 예측하는 것으로 볼 수 있다. 최종 모형 6의 R^2 는 0.23으로 모형이 약 23% 정도 설명력을 가지는 것으로 기능적 헬스 리터러시보다 다소 적합한 모형으로 파악된다.

가족 접촉 빈도 변수의 경우, 회귀계수가 정적 방향이고, 모형 4에서만 유의하였다. 모형 3,5,6에서는 0.05 유의수준에서는 통계적으로 유의하지 않아 대응 가설을 지지하기는 어렵지만 p값이 0.05보다 약간 높고, 0.06보다는 작아 유의한 것으로 한다. 가족 접촉빈도가 높을수록 헬스 리터러시가 높다는 가설 1-1의 비판적 헬스 리터러시 부분은 지지되었다.

모형 3에서 독립변수 중 친구 접촉 빈도의 회귀계수는 유의하였지만, 부(-)적 계수로 이는 친구 접촉 빈도가 높은 집단이 비판적 헬스 리터러시가 낮다는 것을 의미한다. 따라서 친구 접촉 빈도가 높을수록 헬스 리터러시가 높을 것이라는 가설 1-2는 기각되었다.

이웃 접촉 빈도는 모형 6에서만 한계적으로 유의한 정적 회귀계수를 가지는데 통계적으로 유의하다고 본다면 가설 1-3은 앞서 기능적 헬스 리터러시 부분이 지지되었으므로 전체 다 지지되었다고 할 수 있다.

온라인 연결망 이용 빈도 변수는 모형 5,6에서 회귀계수가 유의하고 정적 방향이므로 가설 1-4의 일부 지지되었다.

자발적 결사체 변수의 경우 사적 결사체에만 참여한 집단은 회귀계수가 유의하지 않지만, 공적 결사체 참여 집단의 비판적 헬스 리터러시가 유의하게 높아 가설 1-5의 일부가 지지되고, 앞선 기능적 헬스 리터러시에서도 같았으므로 가설 1-5는 지지되었다.

표 14 비판적 헬스 리더러시의 회귀분석 결과

변수	모형 1	모형 2	모형 3	모형 4	모형 5	모형6
비판적 헬스 리더러시 통제변수						
성별	0.03	0.02	0.02	-0.01	0.00	-0.01
(준거집단=남성)	(0.07)	(0.07)	(0.07)	(0.07)	(0.07)	(0.07)
연령	0.01*	0.01**	0.01	0.01	0.01*	0.01
	(0.00)	(0.00)	(0.00)	(0.00)	(0.00)	(0.00)
교육수준						
고졸이상	0.11	0.12	0.12	0.13	0.13	0.12
(준거집단=고졸 미만)	(0.19)	(0.19)	(0.19)	(0.19)	(0.19)	(0.19)
전문대졸이상	0.29*	0.29*	0.28*	0.29*	0.27	0.24*
(준거집단=고졸 미만)	(0.20)	(0.20)	(0.20)	(0.20)	(0.20)	(0.20)
대졸 이상	0.11	0.12	0.11	0.12	0.10	0.08
(준거집단=고졸 미만)	(0.20)	(0.20)	(0.20)	(0.20)	(0.20)	(0.20)
소득	-0.01	-0.01	-0.01	-0.01	-0.01	-0.01
	(0.01)	(0.01)	(0.01)	(0.01)	(0.01)	(0.01)
거주지역						
중소도시	-0.28***	-0.28***	-0.26***	-0.27***	-0.27***	-0.29***
(준거집단=대도시)	(0.08)	(0.08)	(0.08)	(0.08)	(0.08)	(0.08)
읍/면	-0.18*	-0.19*	-0.19*	-0.19*	-0.20*	-0.19*
(준거집단=대도시)	(0.11)	(0.11)	(0.11)	(0.11)	(0.11)	(0.11)
가족 동거여부						
가족과 동거	0.04	0.07	0.08	0.08	0.08	0.06
(준거집단=가족 비 동거)	(0.14)	(0.14)	(0.14)	(0.14)	(0.14)	(0.14)
주관적 건강상태						
약간 건강함	0.20*	0.21*	0.21*	0.20*	0.19*	0.19*
(준거집단=보통 이하)	(0.09)	(0.09)	(0.09)	(0.09)	(0.09)	(0.09)
매우 건강함	0.21*	0.20*	0.21*	0.19*	0.19*	0.20*
(준거집단=보통 이하)	(0.09)	(0.09)	(0.09)	(0.09)	(0.09)	(0.09)
자기 효능감	0.46***	0.45***	0.45***	0.46***	0.45***	0.44***
	(0.05)	(0.05)	(0.05)	(0.05)	(0.05)	(0.05)
독립변수						
가족 접촉빈도						
중간		0.01	0.05	0.06	0.05	0.07
(준거집단=낮음)		(0.08)	(0.08)	(0.08)	(0.08)	(0.08)
높음		0.16	0.18 [†]	0.19*	0.17	0.17 [†]
(준거집단=낮음)		(0.09)	(0.09)	(0.09)	(0.09)	(0.09)
친구접촉빈도						
중간			-0.17*	-0.19*	-0.20*	-0.22*
(준거집단=낮음)			(0.08)	(0.09)	(0.09)	(0.09)
높음			0.02	-0.04	-0.06	-0.10
(준거집단=낮음)			(0.10)	(0.10)	(0.10)	(0.10)
이웃접촉빈도						
중간				0.10	0.10	0.09
(준거집단=낮음)				(0.08)	(0.08)	(0.08)
높음				0.21	0.22*	0.23 [†]
(준거집단=낮음)				(0.12)	(0.12)	(0.12)
온라인 연결망 이용빈도						
중간					0.19*	0.16*
(준거집단=낮음)					(0.08)	(0.08)
높음					0.20	0.17
(준거집단=낮음)					(0.11)	(0.11)

<i>공적 결사체 참여여부</i>						
공적 결사체 참여						0.46***
(준거집단=비참여)						(0.10)
사적 결사체 참여						-0.05 [†]
(준거집단=비참여)						(0.08)
상수	1.16	1.09	1.16	1.20	1.05	1.23
	(0.32)	(0.32)	(0.33)	(0.34)	(0.33)	(0.35)
R ²	0.1907	0.1956	0.2033	0.2082	0.2166	0.2315
전체모형 F-값	11.57**	10.54***	10.13***	9.07***	8.50***	9.43***
자유도	598	596	594	592	560	588
R ² 증가량		0.0049	0.0076	0.0049	0.0084	0.0149
R ² 증가량 F-값	11.57***	1.79	2.67	1.83	3.24*	10.96***
계수 값은 비 표준화 회귀계수이며 괄호 안은 표준오차임.						

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

2. 가설 2의 검증 결과

<표 15>는 기능적 비판적 헬스 리터러시 회귀분석 결과 유의한 변수 종류와 회귀계수 값을 비교한 표이다.

기능적 헬스 리터러시와 비판적 헬스 리터러시에서 일부 모형에서는 연령이 유의한 변수였지만 사회 연결망을 모두 포함한 모형 6에서는 둘 다 유의하지 않았다. 기능적 헬스 리터러시의 경우, 교육수준이 높아짐에 따라 헬스 리터러시도 높아지는 정적 영향을 나타냈으나 비판적 헬스 리터러시에서는 유의하지 않았다. 거주지역 특성의 경우, 두 헬스 리터러시 모두 대도시에 비해 중소도시에서 부적 영향이 있었으나 그 크기는 비판적 헬스 리터러시가 더 컸다. 읍/면의 경우 비판적 헬스 리터러시에서는 나타나지 않았다. 주관적 건강상태와 자기효능감 모두 두 헬스 리터러시 유의하게 정적 영향을 나타냈고, 집단 변화에 따른 헬스 리터러시 변화 폭이 비판적 헬스 리터러시에서 더 크게 나타났다.

사회 연결망 관련 변수에서는 가족 접촉 빈도가 한계적으로 비판적 헬스 리터러시에 유의한 정적 영향을 미쳤다. 친구 접촉 빈도가 낮은 경우에 비해 중간집단은 유의하게 비판적 헬스 리터러시가 낮았다. 이웃 접촉빈도가 높은 경우 기능적, 비판적 헬스 리터러시가 모두 높았다. 온라인 연결망 이용빈도의 경우 비판적 헬스 리터러시에만 영향을 미치는 것으로 나타났다. 공적 결사체 참여 여부는 두 군데에 모두 정적 영향을 미쳤으나 회귀계수의 크기는 비판적 헬스 리터러시 모형에서 약 두 배 컸다.

표 15 기능적, 비판적 헬스 리터러시의 회귀분석 결과 비교

	기능적 헬스 리터러시	비판적 헬스 리터러시
통제변수		
성별		
연령	0.01	0.01
교육수준		
고졸 이상		
전문대졸 이상	0.30	
대졸 이상		
소득		
거주지역		
중소도시	-0.14	-0.28
읍/면	-0.24	
가족 동거여부		
주관적 건강상태		
약간 건강함	0.16	0.19
매우 건강함	0.17	0.19
자기효능감	0.33	0.44
독립변수		
가족 접촉빈도		
중간		
높음		0.19(모형 4)
친구 접촉 빈도		
중간		-0.22
높음		
이웃접촉빈도		
중간	0.22	
높음		0.23
온라인 연결망 이용빈도		
중간		0.16
높음		
공적 결사체 참여 여부		
공적 결사체 참여	0.21	0.46
사적 결사체 참여		

이상의 가설 지지 여부를 표로 나타내면 <표 16>과 같다. 가설 1 “사회 연결망의 수준이 높을수록 기능적, 비판적 헬스 리터러시가 높을 것이다.” 중 가설 1-3, 1-5는 지지되고, 가설 1-1, 1-4의 경우 비판적 헬스 리터러시만 지지 됨. 가설 1-2는 기각 되었다. 가설 2, “사회 연결망이 기능적 헬스 리터러시와 비판적 헬스 리터러시에 미치는 영향의 크기가 다를 것이다” 는 지지 되었다.

표 16 가설 검정 결과

	기능적 헬스 리터러시	비판적 헬스 리터러시
가설 1-1, 가족 접촉 빈도		(+)
가설 1-2, 친구 접촉 빈도		(-)
가설 1-3, 이웃 접촉 빈도	(+)	(+)
가설 1-4, 온라인 연결망 이용 빈도		(+)
가설 1-5, 공적 결사체 참여	(+)	(+)

기능적 헬스 리터러시와 비판적 헬스 리터러시에서 사회적 요인까지 고려하였을 때, 개인적 요인의 영향력이 어떻게 달라지는지를 살펴보자. 통제 변수에서는 교육의 변화가 두드러진다. 기능적 헬스 리터러시의 경우 모형 1에서보다 사회적 요인을 추가한 모형 6에서 고졸 미만 집단에 비해 전문 대졸 이상과 대졸 이상 집단의 회귀계수가 증가하였다. 비판적 헬스 리터러시의 경우, 모형 6에서 모형 1보다 고졸 미만 집단에 비해 대졸 이상 집단의 회귀계수가 감소하였다. 거주지역 특성의 경우 기능적 헬스 리터러시와 비판적 헬스 리터러시에서 모두 모형 1보다 사회적 요인을 모두 고려한 모형 6에서의 회귀계수의 절대값이 근소한 차이로 더 컸다. 건강상태와 자기효능감 회귀계수 역시 0.01만큼 감소하거나 비슷하다.

제 5 장 고 찰

1. 개인적 요인

헬스 리터러시의 영향 요인으로써 개인적 요인의 경우, 기존 국내 헬스 리터러시 선행연구(강수진, 이태화, 김광숙, & 이주희, 2012; 김수현 & 이은주, 2008; 박지연 & 전경자, 2011; 이상엽, 2005; 이선아 & 박명화, 2010; 이영태, 윤태영, & 김상현, 2012; 이태화 & 강수진, 2008)와는 달리 성, 연령, 소득이 헬스 리터러시에 유의한 영향을 미치지 않았다. 비판적 헬스 리터러시 함수에서 사회 연결망 변수를 추가하자 교육 수준도 유의한 영향을 미치지 않았다. 즉 개인적 요인이 헬스 리터러시를 결정하는 핵심적인 요인이라고는 할 수 없다.

기존 연구와 다른 결과가 나온 것에 대해 가능한 해석으로 첫 번째, 사회 연결망 변수를 고려하였다는 것이다.

성별 간 차이가 없다는 연구(Gazmararian 등, 1999; 공은희 등, 2007; 김수현 등, 2008)들과는 일치하는 결과이다. 국내 연구에서 일부는 성별이 유의하게 나타났는데, 이는 사회 연결망을 고려하지 않았기 때문에 나타난 결과라고 해석할 수 있다.

한국 50세 이상 여성은 정규직으로 고용된 비율이 타 연령층에 비해 낮다. 과거에 비해 여성의 경제활동 참여가 높아졌지만 여전히 결혼 후에는 남성은 직장이라는 공적 영역을, 여성은 가정에서의 이라는 사적 영역을 주관하는 것으로 인식되는 전통적인 사회 규범이 우리 사회를 관통하고 있다. 한국 사회에서의 사회 연결망은 혈연, 학연, 지리적 분포를 포함하여 특히 직업을 중심으로 형성된다. 따라서 중 여성은 상대적으로 적은 이차적 연결망을 가지게 되고, 이는 헬스 리터러시 저하에 기여할 수 있다. 또한, 노동시장에 재 진입하는 기혼 여성을 중심으로 여성은 단순직에 종사하는 비중이 높다(황수경, 2003). 사회 연결망을 통해 개인이 정보에 노출되고, 헬스 리터러시를 발달시킬 수 있다는 점에서 단순직 종사는 연결망 형성에 있어 동질성 높은 연결망을 형성하기 쉽다. 동질성이 높은 연결망은 이질성이 높은 연결망에 비해 개인 맞춤형 정보의 교환이 덜 이루어진

다고 할 수 있다.

연령의 경우, 단순한 연령 증가가 헬스 리터러시 저하의 원인이라기보다는 65세 이상의 노인일 경우, 나이가 들면서 인지능력 감소 및 치매 등의 질환 발병률 증가로 인한 인지능력 감소가 가장 설득력 있는 요인이라는 결과들이 제시되고 있다(Baker, Gazmararian, Sudano, & Patterson, 2000; Baker, Wolf, Feinglass, & Thompson, 2008). 연령의 경우 유의하게 나타난 모형이 있었지만 그 회귀계수가 거의 0에 가까웠고, 마지막 모형 6에서 영향력이 사라졌다. 그 영향이 거의 없고, 연령이 증가하여도 이웃과 자주 만나거나 공적 결사체에 참여하면 헬스 리터러시를 저하시키는 요소는 아니라고 할 수 있다.

교육수준이 증가함에 따라 기능적 헬스 리터러시는 유의하게 증가한 것은 국내 선행 연구와 일관된 결과였으나 교육수준은 비판적 헬스 리터러시에는 유의한 영향을 미치지 않았다. 국내 선행연구와 상반된 이유는 비판적 헬스 리터러시를 측정했다는 점, 그리고 자기 효능감 및 사회 연결망 변수를 포함했다는 점으로 설명할 수 있다. 그러나 비슷한 설계의 연구인 Ishikawa의 연구에서 교육수준은 비판적 헬스 리터러시에 유의한 영향을 미쳤다는 결과와는 상반된다.

이는 사회적 요인도 함께 고려할 경우, 교육수준이 비판적 헬스 리터러시를 설명하는 부분은 작아지고, 교육수준에 따라 사회 연결망의 양과 질이 달라지고 이는 헬스 리터러시에 영향을 미친다고 해석할 수 있다.

거주지역이 헬스 리터러시에 미치는 영향은 사회적 요인에 따라 그 크기가 달라지는데 특히 비판적 헬스 리터러시의 경우, 도시와 시골의 차이를 사회적 요인에 의해 완화된다고 예측해볼 수 있다.

또한 <표 8>과 <표 14>의 결과를 보면, 한국의 경우 전문대를 졸업한 집단보다 대학교를 졸업하여 더 높은 학력을 가진 집단이 평균적으로 비판적 헬스 리터러시 수준을 낮게 응답하였기 때문으로 볼 수 있다. 최고학력 집단은 자신에 대해 더 자아성찰적으로 엄격한 평가를 시행하기 때문인 것 같다.

헬스 리터러시가 리터러시에 기초하고 있으므로 교육수준과 밀접한 관련이 있고, 이를 대리지표로 활용하면 될 것이라고 예상하기 쉽다. 그러나 많

은 연구들에서 개인의 교육 수준이 헬스 리터러시의 대리지표가 될 수는 없다는 결과를 제시하고 있고(Sayah et al., 2013), 본 연구 결과도 이를 일부 뒷받침한다고 할 수 있다.

두 번째, 본 연구에서 자기 효능감을 고려하였다는 점이다. Nutbeam도 비판적 헬스 리터러시 등이 자기 효능감에 의해 매개될 수 있다고 하였다(Nutbeam, .2000).

Ishikawa의 연구에서 기능적 헬스 리터러시는 자기효능감에 의해 영향을 받지 않으며, 비판적 헬스 리터러시는 영향을 받는 것으로 나타났다(Ishikawa, Takeuchi, & Yano, 2008). 본 연구에서는 두 가지 헬스 리터러시 모두 자기효능감에 유의한 영향을 받는 것으로 나타났다.

이러한 결과는 한국에서는 자기 효능감이 높으면 헬스 리터러시가 높다고 해석할 수도 있고, 도구가 Ishikawa 연구의 도구에 비해 자기 효능감과 관련이 높게 개발되었기 때문일 수도 있다.

2. 사회적 요인

<표 16>에서 보인 결과에 따르면 사회 연결망 변수 중 일부만 헬스 리터러시에 정적 영향을 미치는 것으로 나타났다. 유사한 변수를 사용한 선행연구가 없어 정확히 비교하기는 어렵다.

1) 가족 접촉 빈도

가족 접촉 빈도는 낮은 집단에 비해 가장 빈번히 접촉하는 것이 비판적 헬스 리터러시에 영향을 미쳤다. 가족은 개인의 건강 사안에 대해 가장 터놓고 얘기할 수 있는 일차적 사회 연결망이며, 서로의 건강과 질병 상태, 처치 방법, 현재 생활 습관 등 넓은 범위에 걸쳐 규범적 기제가 작동하는 연결망이다. 가족 내 한 명이라도 환자가 있으면, 구성원들이 관련 정보에 노출되며 일부 구성원은 전문가 수준의 지식과 판단 능력을 가지게 된다. 따라서 가족과 자주 접촉하는 경우, 자신의 상황에 맞게 건강정보를 판단할 수 있는 비판적 헬스 리터러시가 높아진 것으로 보인다.

2) 친구 접촉 빈도

사회 연결망 변수 모두 헬스 리터러시에 정적 영향을 미칠 것으로 예상했지만 친구 접촉 빈도 경우 자주 접촉할 수록 비판적 헬스 리터러시가 낮게 나타났다.

한국에서 가족의 의미는 점점 도구적으로 되어가는 반면, 친구는 정서적 지지와 여가를 함께하는 기능을 점점 더 담당해가고 있다. 갑자기 몸이 아픈 경우에도 가까운 친척(50.4%), 친구(28.3%)로 나타나서 친구와는 건강과 직접적 관련이 있는 정보보다는 여가적인 정보 교류가 자주 일어날 것으로 예상할 수 있다(김혜숙 et al., 1997).

한국 사회는 연고주의를 바탕으로 하는 비공식적 인구응집기제가 발달되어있고, 의사소통의 범위와 내용이 공식적 통로가 아닌 비공식적 통로에 의해서 강하게 영향을 받는 구조적 특징이 있다(김현주, 1993). 그러나 연고주의의 부정적인 측면은 동질성이 높은 사람들끼리 모여서 부정확한 정보에 대한 판단 없이 소통하게 될 우려도 있다. 실제로 사람들은 ‘주위 가까운 사람이 전달해준 정보’ 보다 ‘인터넷으로 검색한 정보’를 더 신뢰하는 것으로 나타났다(최향섭, 장종인, & 김희연, 2006).

친구 접촉에 따른 집단 별 비판적 헬스 리터러시 평균은 <표 17>과 같다. 비판적 헬스 리터러시의 경우 중간 빈도 집단만 낮고, p 값 0.07 정도로 저 빈도보다 고 빈도 그룹의 평균이 약간 높다. 이러한 결과는 친구 접촉 빈도를 범주화하면서 척도 자체가 균등하지 않고, 의사소통과 정보전달의 질은 차치하고서라도 양적 측면에 비례하는 척도가 아니라는 점으로 해석할 수 있을 것 같다. 이는 변수를 범주화할 때, 경계 설정이 부정확했을 수 있다.

표 17 친구접촉 빈도 별 헬스 리터러시 평균

친구접촉	기능적	비판적
저 빈도	3.56	3.36
중간	3.51	3.21
고 빈도	3.73	3.44

3) 온라인 연결망 이용 빈도

온라인 연결망을 자주 이용할수록 비판적 헬스 리터러시가 유의하게 높은 결과를 나타냈는데, 이는 국내 연구에서 건강 정보의 출처로 인터넷을 선호하는 경우 건강정보이해능력이 가장 높았다는 연구 결과와 일치한다 (강수진, 이태화, 김광숙, & 이주희, 2012). 인터넷에서 정보를 탐색하고 교환·생산하는 것은 상호작용이 빠르게 일어나며 보다 능동적인 과정이다. 이 과정을 반복하면서 자신의 상황에 맞게 정보를 판단하는 비판적 헬스 리터러시를 가질 수 있다. SNS의 경우, 트위터에서의 ‘리트윗’이나 페이스북 북에서의 ‘공유하기’와 같이 타인이 생산한 정보를 그대로 가져오게 되는 경우가 많은데, 이 때 자신의 이름으로 나갈 것인지에 대한 판단을 빠르게 거치게 된다. 청년층에서 자주 이용하는 페이스북의 ‘좋아요’의 경우에도 자신의 기호에 비추어 판단하는 과정을 포함한다. 댓글을 빠르게 주고 받는 것은 상호작용의 과정이다. 이러한 과정에서 사람들은 정보가 자신에게 적절한지, 맞는지 틀렸는지를 판단하는 능력을 기를 수 있다. 블로그를 포함한 인터넷 카페 활동을 하는 경우, 정보를 생산하여 게시하게 되는데, 이 과정에서 개인은 다양한 정보를 탐색한 다음, 취사 선택하여 자신의 목적에 맞게 재구성하게 된다. 이 과정에서 문서 및 산문 리터러시 능력이 훈련되며 헬스 리터러시 역시 향상될 수 있다.

4) 이웃 접촉 빈도

이웃 접촉 빈도에 따라 중간 집단은 기능적 헬스 리터러시에, 가장 자주 접촉하는 집단은 비판적 헬스 리터러시에 영향을 미쳤다. 이 역시 척도를 재구성하면서 문제가 발생했을 수 있다. 이웃의 경우, 공적 결사체와 함께 두 가지 헬스 리터러시에 모두 정적 영향을 미치는 변수로 나타났는데, 염유식의 연구에서 직접 연결망 보다는 간접 연결망이 암 리터러시를 높이는 결과를 보인 것과 같이 보다 먼 관계 역시, 헬스 리터러시에 도움이 되었다고 추론해볼 수 있다.

5) 공적 결사체

박지연 외의 연구에서 사회활동 개수가 1개인 군보다 3개인 군에서 헬

스 리더러시가 높았던 결과와 유사하게 공적 사회활동인 공적 결사체에 참여하는 경우의 헬스 리더러시가 높았다. 공적 결사체 활동이 인지능력을 높인다는 연구결과들에 따라 인지능력 향상을 통해 헬스 리더러시 수준도 높아진 것으로 유추해볼 수 있다.

이웃과 결사체의 경우 기능적, 비판적 헬스 리더러시가 둘 다 유의한 결과에 대해서는 다음으로 해석할 수 있다.

구성원의 의도에 따라 Tönnies, Cooley와 같은 고전사회학자들은 사회적 관계를 일차적 관계와 이차적 관계로 구분하였다(박경숙, 2000). Tönnies는 구성원의 의도에 따라 의도하지 않아도 본능적으로 형성하는 가족, 친족, 촌락과 같은 자연 발생적 집단과 회사, 정당, 조합과 같이 구성원의 의도와 목적에 의해 선택적으로 형성된 집단으로 나누었다(Tönnies, 1955; 차동). Cooley는 구성원의 접촉 방식에 따라 가족이나 놀이집단과 같이 오랫동안 친밀한 대면 접촉을 통해 자연히 형성되는 1차 집단과 부분적이고 간접적인 접촉의 성격을 가지며 목적 달성을 위한 수단적 만남으로 결합하여 집단 상호작용이 일시적이고 사무적인 2차 집단(이웃, 자발적 결사체 등)으로 분류하였다(Cooley, 1964; 차동).

이웃이나 결사체를 만날 때, 대개 도구적 지지 혹은 정보적 지지를 얻고자 하는 이차적 목적을 전제하고 있으므로 관계를 유지한다는 것은 자원의 교류가 성립하고 있다는 것이다. 또한 의도와 목적을 가진 만남이므로 보다 활발한 정보 교류가 일어날 수 있다.

그렇다면 비판적 헬스 리더러시의 경우, 이웃에 비해 공적 결사체 참여 집단의 회귀계수가 더 큰 이유는 무엇일까? 앞서 Tönnies나 Cooley의 분류와 유사하게 MacIver는 조직을 구성원의 공통 관심에 따라 공동체(community)와 결사체(association)로 분류하였다(김현조, 1996; 차동). 공동체는 어느 정도의 사회적 응집력이 있으며, 지역 내에서 함께 생활하고, 함께 속해있고, 함께 나눈다는 규범을 가진 집단을 일컫는다. 이웃은 대표적으로 지역사회공동체에 속하고 결사체는 특정한 관심을 추구하며 일정한 목적을 달성하기 위해 계획적으로 형성되는 집단이다. 한 두 가지의 특정 관심만을 추구하는 사람들이 집단을 형성해서 서로 협력하고 그들의

목표를 추구할 때 결사체가 형성된다. 결사체에서는 목표하는 정보를 얻기 위해 더 많은 노력을 하고, 공통의 관심사와 목표를 위한 행위들을 하면서 자연스럽게 새로운 정보를 학습하는 조직이 되리라 예상할 수 있다.

결사체에 참여한 적이 없는 집단과 사적 결사체 참여 집단의 헬스 리더러시는 차이 나지 않는데 비해, 공적 결사체 활동에 참여한 집단은 비참여 집단에 비해 기능적, 비판적 헬스 리더러시가 모두 높았다. 공적 결사체는 헬스 리더러시에 영향을 주는 반면, 사적 결사체는 영향을 주지 않는 이유는 무엇일까? 둘의 속성에 관해 비교 한 아래 <표 18>를 참고하여, Putnam의 정의와 일반적으로 사회자본에 이야기하는 이질성과 동질성으로 사회 연결망을 나누어봤을 때, 이질성이 높은 연결망은 다양한 정보원인 구성원을 가지고 있어 다양한 정보에 노출될 확률이 높고, 이는 간접경험 등으로 개인의 헬스 리더러시를 높일 수 있다.

표 18 공적결사체와 사적 결사체의 속성

	측정	사회자본	목적	Putnam
공적 결사체	정당단체/시민단체	교량형 사회자본	집단적, 사회 적으로 필요로 함	구성원의 이질성
사적 결사체	동호회/종교활동/동 문회/향우회	결속형 사회자본	개인의 다양한 관심	구성원의 동질성

(Putnam, 1995; 이미숙 & 최외출, 2011)

또, 목적의 차이에 기인한 것일 수 있다. 공적 결사체는 집단적, 거시적 영역에서의 문제를 해결하기 위해 모인 집단이다. 정책 리더러시 관련 선행연구에서도 밝혀졌듯이, 갈등이 큰 정책 영역에서 시민활동을 활발히 할 경우 인지적 능력발전에 많은 도움이 된다. 복잡한 정책영역에서의 활동을 통해 고도의 상황판단과 분석력을 배양할 수 있다(Bennett, 1975). 이는 판단 능력을 요하는 비판적 헬스 리더러시에 공적 결사체가 가장 큰 회귀계수를 가지는 것을 설명할 수 있다.

제 6 장 결 론

기존의 헬스 리터러시 선행요인 혹은 영향요인 연구에서 성, 연령, 인종 등 사회 구조적으로 결정되는 개인적 요인 혹은 정보제공의 요인에만 주목하여 진행된 데 반해, 본 연구는 정보 이용자가 일상생활에서 맺는 사회적 관계가 헬스 리터러시에 미치는 영향의 중요성을 인식하고 확인하고자 하였다.

건강에 관한 사회 자본 및 사회 연결망 연구에서 사회연결망이 건강정보 소통의 통로로써 빠르게 확산시키는 기능을 한다는 결과에 근거하여 사회 연결망이 풍부한 개인은 건강정보에 잦은 노출, 분석력 함양, 간접경험을 통한 학습, 정보 접근성 고조 등의 기전으로 헬스 리터러시에 정적 영향을 미칠 것이라고 가정하였다.

독립변수인 사회 연결망 변수는 사회 연결망 구조적인 측면에 주목하여 결사체 참여 및 그 종류, 가족/친구/이웃과의 접촉 빈도, 최근 활발히 이용되는 온라인 연결망 이용빈도로 측정하였다.

종속변수인 헬스 리터러시는 기능적, 비판적인 것으로 나누어 살펴보았다. 기능적 헬스 리터러시는 최근 건강정보를 주로 얻는 TV 등의 방송매체를 포함하여 일상 생활에서 얻는 건강정보에 대한 이해능력, 의료환경에서 의료제공자 및 복약 설명서의 정보 이해 능력을 측정하였다. 비판적 헬스 리터러시는 보다 고차원적인 문해력과 비판작용 능력을 요하는 것으로 인터넷의 건강정보를 판단하는 능력을 측정하였다. 기능적 헬스 리터러시와 비판적 헬스 리터러시는 다른 속성을 가진 것이므로 영향요인이 미치는 효과의 크기도 다를 것으로 예상하였다.

연구 결과, 사회 연결망 변수 중 이웃 접촉빈도, 공적 결사체 참여는 기능적, 비판적 헬스 리터러시에 모두 정적 영향을 미치는 것으로 확인되었다. 비판적 헬스 리터러시에는 추가적으로 가족 접촉 빈도와 온라인 연결망 이용 빈도가 정적 영향을 미쳤고, 친구 접촉빈도는 부정적 영향을 미치는 것으로 나타났다.

기능적 헬스 리터러시와 비판적 헬스 리터러시에 영향을 미치는 같은 변

수의 회귀 계수 값은 다르게 나타났다. 비판적 헬스 리터러시는 성, 연령, 교육, 소득과 같은 개인적 요인의 영향은 받지 않고, 사회 연결망에 의해서만 영향을 받는 것으로 나타났다.

향후 사회 연결망이 헬스 리터러시에 영향을 미치는 경로에 대해 매개변수에 관한 연구와 정보의 다양한 차원에 관한 연구와 인과관계를 확신할 수 있는 전향적 연구가 필요하다.

유의한 변수들의 기전은 다른 사회학 연구들에서 추론해보았는데, 연결망의 속성에 따라 교환되는 정보의 양과 질이 다르기 때문이라고 생각한다.

비판적 헬스 리터러시가 사회 연결망의 영향을 받는다는 것이 확인된 것은 정규 교육 과정이 끝난 이후에도 사회 연결망을 활용한 중재가 가능하다는 것을 보여준다. 그러나 사회 연결망의 책임 역시 개인에게 전가하는 것이 아니라, 여러 조직과 지방자치단체, 중앙 정부가 사회 연결망을 효과적으로 활용할 전략을 세우고 지원하며, 전문적인 공공 기관에서 정보를 공급하는 것이 필요하다.

단순히 읽고 쓰는 능력보다 비판적으로 건강정보를 해석하는 능력이 개인 및 사회의 역량을 강화하는데 더 필수적인 요소가 되는데, 비판적 헬스 리터러시에 영향을 주는 사회적 요인들이 발견되었다는 점에서 의미 있는 연구 결과라고 할 수 있다.

제한점

사회적 연결망이 헬스 리터러시를 매개로 하여 건강 결과로 나타나는 전체적인 영향을 파악하지는 않았다. 사회연결망이 건강에 미치는 영향, 헬스 리터러시가 건강에 영향을 준다는 것은 이미 수많은 연구를 통해 확립되었기 때문에 사회 연결망이 헬스 리터러시를 매개로 미치는 영향의 크기를 파악하기 보다는 사회 연결망이 헬스 리터러시에 영향을 주는지 여부를 확인 하고자 하였다. 또한 본 연구에서 모두 다루기에는 광범위하다고 판단하였다.

본 연구는 횡적 단면 연구로 사회연결망의 존재와 기능이 헬스 리터러시에 영향을 미치는데 걸리는 시간까지 고려한 영향을 파악할 수는 없다는 한계를 가진다.

헬스 리터러시라는 문해력이 사회 연결망 형성에 기여할 수 있다는 역인과의 문제가 있다. 본 연구에서는 자료의 한계로 이를 실시할 수 없었으나, 추후 도구 변수 등을 활용하여 역 인과성을 보정하는 통계적 기법을 활용한 연구가 필요하다.

사회 연결망이 헬스 리터러시에 미칠 부정적 효과도 간과하지 않을 수 없다. 잘못된 건강 정보가 연결망을 통해 빠르고, 널리 확산될 우려는 늘 존재한다. 향후 사회 연결망 안에서 소통되는 건강정보에 대한 세부적인 조사를 통해 이를 확인하는 연구가 필요하다.

이에 대해서 본 연구에서 확인할 수 있는 방법은 없지만 Berwick의 혁신 확산 이론에 따르면 개인은 타인에게 도움이 되리라고 기대하는 정보만 전달한다(Berwick, 2003). 자신이 직관적으로 판단하기에 혹은 경험적으로 판단하기에 건강에 이롭지 않은 정보는 사회 연결망 내에서 수명이 짧을 것으로 예상할 수 있다.

실제로는 복용시간을 모르지만 주관적 측정 도구로 복용방법을 물었을 때 불편함을 느끼지 않는 등 헬스 리터러시의 직접 측정과 간접 측정에는 격차가 존재한다. Chew의 스크리닝 도구에서 중간 수준의 헬스 리터러시인 사람들을 거르는 것은 불분명하다고 한 것과 같이 본 연구에서는 주관적 헬스 리터러시 도구를 이용하여 측정하여 엄밀한 측정은 아니었으며, 직접 측정과의 타당도 비교 등이 불가능하였다는 한계점이 있다. 향후 연구에서 직접 측정 도구와의 타당도 및 신뢰도 비교가 필요하다.

의의

본 연구는 국내 헬스 리터러시 연구 및 사회 연결망 관련 연구에서의 한계점이었던 특정인구집단에 국한하지 않고, 비례확률층화표집법에 의해 추출하여 일반화하여 논의를 적용할 수 있다.

주관적 헬스 리터러시를 측정하여 기존의 헬스 리터러시 연구에서 파악할 수 없었던 헬스 리터러시 다양한 측면이 반영할 수 있었다.

본 연구는 기존의 논의에서 이루어지지 않았던 관계적 속성에 주목하였다. 헬스 리터러시 영향 요인 중 개인적 속성에만 주목하면, 개인의 성, 연령으로 인한 그 사회 내에서의 지위와 개인의 소득, 교육수준과 같은 사회

경제적 지위를 향상시켜야 헬스 리터러시를 높일 수 있다는 추론을 할 수 있다. 그러나 이는 현실적으로 보건의료정책 분야에서 개선하기 어려우므로 실제로 가능한 중재 방안은 건강에 관한 교육, 정보를 제공하는 형식, 자료를 쉽게 제공하는 것, 그러한 조직이 되는 것 등으로 실현된다. 그러나 이러한 방안으로 헬스 리터러시를 향상시키기에는 위에서 언급한 형평성의 문제, 효율성의 측면에서 한계가 있다. 따라서 현실적으로 실현 가능한 중재 방안을 모색할 필요가 있는데 중재 사업 및 연구에 기초자료가 될 수 있다.

이미 존재하는 사회 연결망을 통해 중재를 할 수 있다면 비용 효과적인 전략이다. 헬스 리터러시를 높이기 위해 일대일로 만나지 않고, 한번에 여러 명을 만나므로 시간을 절약할 수 있다. 헬스 리터러시가 향상된 개인은 외부효과를 가진다. 연결망 내외에서 잘못 이해하거나 어려움을 겪는 사람을 도와줄 수도 있다. 향후 다양한 측면에서 사회적 요인에 관해 접근하는 연구가 필요하다.

건강할 수 있는 기회와 실제로 건강하게 기능하는 것을 서로 구분해야 하며 사회는 개인들에게 적절한 기능을 선택해주는 것이 아니라 선택할 기회와 자유를 제공해야 한다는 측면에서(Martha, 2000) 헬스 리터러시는 개인을 수동적으로 건강해지게 외부에서 처치를 하는 것이 아니라, 개인이 자신의 건강을 향상시키기 위한 주체로 서는 것을 가능하게 하므로, 지금도 앞으로도 우리 사회에 더 중요한 역량이다.

헬스 리터러시는 개인의 책임이 아닌 공공의 문제이다. 국민들의 건강상 문제는 다른 분야의 국가 정책의 효과에도 영향을 미친다. 또한 국민들의 헬스 리터러시는 국가의 보건정책을 수립하고 실행하는 것과 밀접한 관련이 있다. 공공보건에서의 중요성에 따라, 미국 정부는 리터러시 관련 법률 제정(National Literacy Act) 및 건강증진을 위한 수단으로 삼고, 국가적인 헬스 리터러시 연구들을 시행하였다. 미국의사회는 의학용어, 보험용어 등을 일반인들이 쉽게 이해하는데 도움을 주기 위하여 “헬스 리터러시 운동”을 전개하였다(허갑범, 2006). 헬스 리터러시의 비판 지점 역시 사회 자본이 주로 비판 받는 지점과 맥을 같이한다. 복지를 국가가 아닌 개인이 사회 자본을 통해 해결하라는 것이 아니라, 일정부분 사회 연결망의 도움

을 받아 중재를 실시할 수 있겠지만, 한국도 국가적으로 헬스 리터러시를 높게 유지하고자 하는 제도적 환경을 마련하고, 대규모 연구 및 정책을 시행해야 한다.

헬스 리터러시는 국민의 건강에도 영향을 줄 뿐만 아니라 공공보건 및 보건을 제외한 분야의 국가 정책 시행의 효과에도 영향을 미친다. 헬스 리터러시는 국가와 보건정책의 많은 중요한 사안들을 국민에게 숙지시키고 실행하는 과정에 영향을 미치므로 국가의 보건 정책과 밀접한 관련이 있다. 개인의 건강을 넘어서 현대 사회 구성원은 건강에 위협할지도 모르는 사회 환경과 정책을 감시하고 반대하는 의사표현을 하기도 해야 한다. 이런 역할들을 수행하기 위해서 보건의료 이용자는 적절한 지식을 습득하고 다양한 건강 정보를 활용할 수 있는 능력이 전제되어야 한다(IOM, 2004).

헬스 리터러시 분야에서 사회 연결망 접근은 사회구조가 헬스 리터러시 격차, 건강불평등으로 가는 기전에서 중간 단계에 해당하고(L. F. Berkman & Kawachi, 2000; 염유식, 2009), 새로운 영향 요인을 제시하고, 부족한 실천적 함의를 채워줄 수 있다.

참고문헌

- 강수진, 이태화, 김광숙, & 이주희. 2012. “서울 지역 일부 중년 성인의 건강정보이해능력 (health literacy) 실태와 관련 요인에 대한 연구”. 「보건교육·건강증진학회지」. 29(3), 75-89.
- 국립국어원. 2008. “국민의 기초 문해력 조사 결과”. 「국립국어원」.
- 김경재, 정범구. 2008. “연구논문: 사회자본과 지식공유 관계에서 정보시스템 특성의 조절효과”. 「인적자원관리연구」. 15(3), 1-18.
- 김성수. 2011. “한국형 건강정보이해능력 측정도구 (Korean Health Literacy Assessment Tool) 의 비교 및 개선 방안”. 「보건교육·건강증진학회지」. 28(3), 57-65.
- 김수현, & 이은주. 2008. “노인의 기능적 의료정보 이해능력이 지각된 건강상태에 미치는 영향”. 「대한간호학회지」. 38(2), 195-203.
- 김언아. 2001. “예비유아교사의 사회적 연결망과 학업 성취 및 자기 효능감과의 관계”. 「교육과학연구」. 32(1), 1-16.
- 김정은. 2011. “건강정보 이해능력 수준과 영향요인에 대한 고찰: 대학병원 외래 방문객을 대상으로”. 「임상간호연구」. 17(1), 27-34.
- 김현조. 1996. 「현대사회학」. 서울: 학문사.
- 김현주. 1993. “한국인의 연출 커뮤니케이션”. 「한국언론학회」(편). [한국적 커뮤니케이션].
- 김혜숙, 김영진, 김완석, 나은영, 이종한, 조성을, 최진호. 1997. “한국인의 공동생활 및 활동과 주관적 안녕감: 통합적 고찰”. 「한국심리학회지: 문화 및 사회문제」. 3(1), 83-96.
- 박경숙. 2000. “한국 노인의 사회적 관계-가족과 지역사회와의 연계정도”. 「한국사회학」. 34.
- 박재현, 조비룡, 김용익, 신영수, 김윤. 2004. “DISCERN을 이용한 우리나라 인터넷 건강정보 질 평가”. 「대한예방의학회 제 56 차 추계학술대회 연제집」. 78.

- 박중환. 2005. “연령 증가에 따른 노인 인지기능의 감퇴 양상”. 「한국노년학」. 9(3), 210-214.
- 박지연, 전경자. 2011. “농촌 지역 노인의 기능적 의료정보 이해능력 실태와 영향요인”. 「지역사회간호학회지」. 22(1), 75-85.
- 박희봉, 강제상, 김상목. 2003. “조직내 사회자본과 지적자본의 형성 및 조직성과관리에 대한 효과”. 한국행정연구, 12(1), 3-25.
- 안정임. 2006. “디지털 격차와 디지털 리터러시-수용자 복지 정책적 함의”. 「한국언론정보학보」. 36, 78-108.
- 염유식. 2009. “The Effect of Indirect Ties on Cancer Patients in Chicago Area”. 「한국사회학회 2009 전기사회학대회」. 109 - 134.
- 유명순, 주영기. 2012. “건강 메시지의 독이성과 소통 효과”. 「보건교육·건강증진학회지」. 29(5), 27-36.
- 이미숙. 2005. “한국 성인의 건강불평등-사회계층과 지역 차이를 중심으로”. 「한국사회학」. 39(6), 183-209.
- 이미숙, 최외출. 2011. “단체참여와 사회자본이 사회적 가치에 미치는 영향”. 「한국지방자치연구」. 13(2), 25-46.
- 이상엽. 2005. “의료정보이해능력 (Health Literacy)-한국형 측정도구 개발을 위한 예비연구”. 「보건교육·건강증진학회지」. 22(4), 215-227.
- 이선아, 박명화. 2010. “연구 논문: 농촌노인의 의료정보문해력과 약물지식 및 약물 오남용 행위”. 「한국노년학」. 30(2), 485-497.
- 이영태, 윤태영, 김상현. 2012. “환자의 특성에 따른 기능적 건강정보이해능력 (functional health literacy) 과 의료인의 설명이해도”. 「보건과 사회과학」. 32, 145-171.
- 이태화, 강수진. 2008. “연구논문: 한국 노인의 건강 문해 (Health Literacy) 실태와 영향 요인-인구사회학적 특성을 중심으로”. 「한국노년학」. 28(4), 847-863.
- 이태화, 강수진, 김혜현, 우소라, & 김신혜. 2011. “고혈압 교육 인쇄물의 적합성 및 이독성 평가”. 「대한간호학회지」. 41(3), 333-343.

- 장수찬. 2002. “한국사회에 나타난 악순환의 사이클-결사체 참여 (civic engagement), 사회자본 (social capital), 그리고 정부신뢰 (confidence in political institutions)” . 「한국정치학회보」 . 36(1), 87-112.
- 정광호. 2008. “정책 리터러시 (policy literacy) 함수 분석: 시민활동변수를 중심으로” .
- 조경원. 2006. “국내 성인의 인터넷 이용 행태 및 인터넷을 이용한 건강정보 획득 현황에 대한 고찰” . 「한국콘텐츠학회 2006 추계 종합학술대회 논문집」 . 4(2), 721-724.
- 조병희. 2006. 「질병과 의료의 사회학」 :집문당.
- 최항섭, 장종인, & 김희연. 2006. “인터넷상 네티즌 공유 정보에 대한 신뢰 행위 연구” 「정보통신정책연구원」 .
- 한국교육개발원. 2001. “한국 성인의 문해 실태에 관한 OECD 국제 비교조사 연구” .
- 한세희, 김연희, 이희선. 2010. “일반논문: 사회자본과 주관적 안녕감의 관계: 서울시민을 대상으로” . 「한국행정학보」 . 44(3), 37-59.
- 허갑범. 2006. “At the Beginning of” Committee of Health for Nation” , 「대한의사협회지」 . 49(11), 970-973.
- 홍경진, 주영기, 전상일, 윤혜정, 유명순. 2012. “헬스 리터러시 측정을 위한 공공기관 건강정보의 활용 가능성 탐색” . 「보건교육 · 건강증진학회지」 . 29(3), 53-61.
- 황수경. 2003. “여성의직업선택과고용구조” . 「한국노동연구원」 .
- Al Sayah, Fatima, Beverly Williams & Jeffrey A. Johnson. 2013. “Measuring Health Literacy in Individuals With Diabetes A Systematic Review and Evaluation of Available Measures” . *Health Education & Behavior*, 40(1), 42-55.
- Baker, D.W., R.M. Parker, M.V. Williams, & W.S. Clark. 1998. “Health literacy and the risk of hospital admission” . *Journal of general internal medicine*, 13(12), 791-798.
- Baker, D.W., J.A. Gazmararian, J. Sudano & M. Patterson. 2000.

- “The association between age and health literacy among elderly persons” . *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 55(6), S368–S374.
- Baker, D.W., J.A. Gazmararian, M.V. Williams, T. Scott, R.M. Parker, D. Green & J. Peel. 2004. “Health literacy and use of outpatient physician services by Medicare managed care enrollees” . *Journal of General Internal Medicine*, 19(3), 215–220.
- Baker, D.W., Wolf, M.S., J. Feinglass & J.A. Thompson. 2008. “Health literacy, cognitive abilities, and mortality among elderly persons” . *Journal of general internal medicine*, 23(6), 723–726.
- Bassuk, Shari S., Thomas A. Glass, & Lisa F. Berkman 1999. “Social disengagement and incident cognitive decline in community-dwelling elderly persons” . *Annals of internal medicine*, 131(3), 165–173.
- Bennett, W Lance. 1975. *The political mind and the political environment: An investigation of public opinion and political consciousness* : DC Heath.
- Berkman, Lisa F & Ichiro Kawachi. 2000. *Social Epidemiology: Summer School*, Location Turnbull House, Bowen Street: Oxford University Press.
- Berkman, N. D., D.A. Dewalt, M. P. Pignone, S. L. Sheridan, K. N. L. S. Lohrux & SF, S. T. 2004. “Literacy and health outcomes, summary, evidence report” . *Technology Assessment*, 87.
- Berwick, Donald M. 2003. “Disseminating innovations in health care” . *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 289(15), 1969–1975.
- Burtis, Amber. 2010. *US Public Policy on Health Literacy*.
- Chew, Lisa D. et al. 2008. “Validation of screening questions for

- limited health literacy in a large VA outpatient population” .
Journal of General Internal Medicine, 23(5), 561–566.
- Chiu, Chao–Min, Meng–Hsiang Hsu & Eric TG. Wang. 2006.
“Understanding knowledge sharing in virtual communities: an
integration of social capital and social cognitive theories” .
Decision support systems, 42(3), 1872–1888.
- Coleman, James S. 1988. “Social capital in the creation of human
capital” . *American journal of sociology*, S95–S120.
- HLS–EU Consortium. 2012. “Comparative report of health literacy
in eight EU member states” . The European health Literacy
Survey HLS–EU.
- Cooley, Charles Horton. 1964. *Human nature and the social order*:
Transaction Publishers.
- Davis, T.C., M.S. Wolf, P.F. Bass, J.A. Thompson, H.H. Tilson, M.
Neuberger & R.M. Parker. 2006. “Literacy and
misunderstanding prescription drug labels” . *Annals of Internal
Medicine*, 145(12), 887.
- Fischhoff, Baruch, & De Bruin, Wändi. Bruine. 1999. “Fifty–fifty=
50%?” *Journal of Behavioral Decision Making*, 12(2), 149–163.
- Fratiglioni, Laura, et al. 2000. “Influence of social network on
occurrence of dementia: a community–based longitudinal study” .
The lancet, 355(9212), 1315–1319.
- Gazmararian, J. A., J. W. Curran, R. M. Parker, J. M. Bernhardt & B. A.
DeBuono. (2005). “Public health literacy in America: an ethical
imperative” . *American journal of preventive medicine*, 28(3),
317–322.
- Glei, Dana A, David A Landau, Noreen Goldman, Yi–Li Chuang,
Germán Rodríguez & Maxine Weinstein. 2005. “Participating in
social activities helps preserve cognitive function: an analysis of
a longitudinal, population–based study of the elderly” .

- International Journal of Epidemiology*, 34(4), 864–871.
- Grosse, R.N. & C. Auffrey. 1989. “Literacy and health status in developing countries” . *Annual Review of Public Health*, 10(1), 281–297.
- Hesse Bradford, W., David, E. Nelson, Gary, L. Kreps, Robert, T. Croyle, Neeraj, K. Arora, & Barbara K. Rimer & Kasisomayajula Viswanath. 2005. “Trust and sources of health information: the impact of the Internet and its implications for health care providers: findings from the first Health Information National Trends Survey” . *Arch Intern Med*, 165(22), 2618–24.
- Institute of Medicine. 2004. *Health literacy: a prescription to end confusion*. Washington. DC: National Academy Press.
- Ishikawa, Hirono, Takeaki Takeuchi, & Eiji Yano. 2008. “Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients” . *Diabetes Care*, 31(5), 874–879.
- Jordan, Joanne E, Rachelle Buchbinder, Andrew M Briggs, Gerald R Elsworth, Lucy Busija, Roy Batterham, & Richard H. Osborne. 2013. “The Health Literacy Management Scale (HeLMS): A measure of an individual's capacity to seek, understand and use health information within the healthcare setting” . *Patient education and counseling*.
- Kawachi, Ichiro, Bruce P Kennedy, Kimberly Lochner & Deborah Prothrow–Stith. 1997. “Social capital, income inequality, and mortality” . *American journal of public health*, 87(9), 1491–1498.
- Keating, Daniel P & Clyde Hertzman. 1999. *Developmental health and the wealth of nations: Social, biological, and educational dynamics*: Guilford Press.
- Kickbusch, Ilona S. 2001. “Health literacy: addressing the health and education divide” . *Health Promotion International*, 16(3), 289–

- Knobel, M. & C. Lankshear. (2008). "Digital literacy and participation in online social networking space" s. *Digital literacies: Concepts, policies and practices*, 249–278.
- Lindau, S.T., C. Tomori, MA McCarville & CL Bennett. 2001. "Improving rates of cervical cancer screening and Pap smear follow-up for low-income women with limited health literacy" . *Cancer investigation*, 19(3), 316–323.
- Lowenthal, Marjorie Fiske & Betsy Robinson. 1976. "Social networks and isolation" . *Handbook of aging and the social sciences*, 432–456.
- MacIver, Robert M. 1970. *Community: A Sociological Study, Being an Attempt to Set Out Native & Fundamental Laws*: Routledge.
- Martha, Nussbaum. (2000). *Women and human development: the capabilities approach*: Cambridge.
- Murray, C., W. Johnson, M.S. Wolf & I.J. Deary. 2011. "The association between cognitive ability across the lifespan and health literacy in old age: the Lothian birth cohort 1936" . *Intelligence*, 39(4), 178–187.
- Nutbeam, D. 2000. "Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century" . *Health promotion international*, 15(3), 259–267.
- Nutbeam, D. 2008. "The evolving concept of health literacy" . *Social science & medicine*, 67(12), 2072–2078.
- Public Law. 102–73. 1991. the National Literacy Act of 1991. *102nd Congress–1st Session*.
- Putnam, Robert D. 1995. "Bowling alone: America's declining social capital" . *Journal of democracy*, 6(1), 65–78.
- Quesnel-Vallée, Amélie. 2007. "Self-rated health: caught in the

- crossfire of the quest for ‘true’ health?” . *International Journal of Epidemiology*, 36(6), 1161–1164.
- Rogers, Everett M., & F Floyd. Shoemaker. 1983. Diffusion of innovation: A cross-cultural approach. *New York*.
- Rudd, R.E., B.A. Moeykens & T.C. Colton. 1999. “Health and literacy. A Review of Medical and Public Health Literature” . *Annual Review of Adult Learning and Literacy*. *New York: Jossey-Bass*.
- Schillinger, D., K. Grumbach, J. Piette, F. Wang, D. Osmond, C. Daher & A.B. Bindman. 2002. “Association of health literacy with diabetes outcomes” . *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 288(4), 475–482.
- Sentell, Tetine Lynn & Helen Ann Halpin. 2006. “Importance of adult literacy in understanding health disparities” . *Journal of General Internal Medicine*, 21(8), 862–866.
- Simonds, S. K. 1974. “Health education as social policy. Health education as social policy” . *Health Education Monograph*, 21.
- Sudore, Rebecca L, Kristine Yaffe, Suzanne Satterfield, Tamara B Harris, Kala M Mehta, Eleanor M, Simonsick & Susan M. Rubin. 2006. “Limited literacy and mortality in the elderly: the health, aging, and body composition study” . *Journal of General Internal Medicine*, 21(8), 806–812.
- Tönnies, Ferdinand. 1955. *Community and association: (Gemeinschaft und gesellschaft)* : Routledge & Paul.
- Tsai, Wenpin & Sumantra Ghoshal. (1998). “Social capital and value creation: The role of intrafirm networks” . *Academy of management Journal*, 41(4), 464–476.
- Verghese, Joe, Richard B Lipton, Mindy J Katz, Charles B Hall, Carol A Derby, Gail Kuslansky & Herman Buschke. 2003. “Leisure activities and the risk of dementia in the elderly” . *New England*

- Journal of Medicine*, 348(25), 2508–2516.
- Volandes, Angelo E & Michael K. Paasche-Orlow. 2007. “Health literacy, health inequality and a just healthcare system” . *The American Journal of Bioethics*, 7(11), 5–10.
- von Wagner, Christian, Andrew Steptoe, Michael S Wolf & Jane Wardle. 2009. “Health literacy and health actions: a review and a framework from health psychology” . *Health Education & Behavior*, 36(5), 860–877.
- Wellman, Barry. 1982. “Studying personal communities” . *Social structure and network analysis*, 61–80.
- Williams, M.V., D.W. Baker, R.M. Parker & J.R. Nurss. 1998. “Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease: a study of patients with hypertension and diabetes” . *Archives of internal medicine*, 158(2), 166.
- Williams, M.V., T. Davis, R.M. Parker & B.D. Weiss. 2002. “The role of health literacy in patient–physician communication” . *Family Medicine–Kansas City*. 34(5), 383–389.
- Zunzunegui, María–Victoria, Beatriz E Alvarado, Teodoro Del Ser & Angel Otero. 2003. “Social networks, social integration, and social engagement determine cognitive decline in community–dwelling Spanish older adults” . *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(2), S93–S100.

Abstract

The Effect of Social Network on Health Literacy

Son, Hyojeong

Dpartment of Public Health

Major in Public Health Policy

Graduate School of Public Health

Seoul National University.

The objective of the study was to examine social network as influencing factors of health literacy among Korean and to compare the effectiveness of social network on functional and critical health literacy. Data used was surveyed in Social Quality study by The Institute for Social development and policy Research. Data on sociodemographics, functional health literacy, critical health literacy, perceived health status, self-efficacy, whether to live with family or not, frequency of connection with family, friends and neighborhood, frequency of online networking and voluntary association(N=611). A hierarchical multiple regression analysis were performed to examine effect of social network on health literacy and comparing the sociodemographic variables effect between

before integrating social network variables and after. The result show that functional health literacy was affected by education, character of living area, perceived health status and frequency of communicating with neighborhood with significance. The critical health literacy was affected by character of living area, perceived health status and frequency of communicating with friend and neighborhood and participation in formal voluntary association with significance. Those who had participated in formal voluntary association were more likely to rate higher level of critical health literacy. These findings support that social network factors influence critical health literacy as or more than individual factors.

Keywords : Social network, Functional Health Literacy, Critical Health Literacy

Student Number : 2011-23849